



A Eficácia dos Contratos-Programa no Setor Público da Saúde na Região Norte de Portugal

Carina Isabel Martins Soares

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Auditoria

Porto – 2015

INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO



A Eficácia dos Contratos-Programa no Setor Público da Saúde na Região Norte de Portugal

Carina Isabel Martins Soares

Dissertação de Mestrado

**Apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do
Porto para a obtenção do grau de Mestre em Auditoria, sob orientação do**

Doutor Rui Bertuzi da Silva

Porto – 2015

INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Resumo

Em Portugal o sistema de saúde assume uma importante função no desenvolvimento económico e social, na medida em que os serviços prestados pelo mesmo influenciam não só o bem-estar social como também a produtividade.

O processo de contratualização alia-se ao setor público da saúde através do contrato-programa, o qual pretende estabelecer uma estratégia a seguir.

O presente trabalho pretende verificar se o setor público da saúde respeita os princípios de economia, eficiência e eficácia, de um modo geral, pretende-se perceber se os contratos-programa são cumpridos na sua totalidade. Para tal procedeu-se à recolha da informação descrita nos relatórios de gestão dos quinze Hospitais que pertencem à Administração Regional de Saúde do Norte.

A incerteza relacionada com os contratos-programa, a não existência de um modelo linear para a divulgação pública dos resultados no âmbito do contrato-programa, e ainda o facto de a totalidade das entidades não ser obrigada a emitir essa publicação, conduz à possibilidade de que não estejam a ser cumpridos os princípios da economia, eficácia e eficiência.

Palavras Chave: Sistema Nacional de Saúde; Contrato-Programa; Controlo Interno; Economia, Eficácia e Eficiência.

Abstract

In Portugal the health system takes a major role in economic and social development. In fact the services provided by the portuguese health system influence not only the social welfare but also the productivity.

The contracting process joins the health sector through the "program contract", which proposes to establish a following strategy.

This study aims to verify whether the public health sector respects the principles of economy, efficiency and effectiveness. In general it aims to tell whether the "program contracts" are fully implemented. In order to pursue those goals we have proceeded to the collection of the information described in the management reports of the fifteen Hospitals under the jurisdiction of the Administração Regional de Saúde do Norte.

The uncertainty related to the "program contracts", the absence of a linear model for public disclosure of the "program contract" results, and also the fact that not all entities are required to issue this publication, leads us to the possibility that are not being reached the principles of economy, effectiveness and efficiency.

Keywords: National Health System; Contract Program; Internal Control; Economy, Effectiveness and Efficiency.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais por toda compreensão, dedicação e paciência que sempre dispensaram ao longo do meu percurso académico.

Ao Ricardo em especial, um agradecimento reforçado pela sua presença, ajuda e apoio incondicional e por sempre me ter ajudado a acreditar na concretização deste projeto.

Agradeço ao meu orientador, Doutor Rui Bertuzi da Silva, pela sua disponibilidade, compreensão e apoio prestado durante a concretização desta dissertação.

O meu sincero agradecimento, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível.

Lista de Abreviaturas

- AAA – *American Accounting Association*
- ACS – Associação de Cuidados de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ADM – Assistência na Doença aos Militares
- ADSE- Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
- AICPA – *American Institute of Certified Public Accountants*
- ARS – Administração Regional de Saúde
- C.H. – Centro Hospitalar
- CLC – Certificação Legal de Contas
- COSO - *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*
- CP – Contrato-Programa
- CRP – Constituição da República Portuguesa
- CTH – Consulta a Tempo e Horas
- DGO – Direção Geral do Orçamento
- DRA – Diretriz de Revisão e Auditoria
- EBITDA- *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*
- E.P.E. – Entidade Pública Empresarial
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- EUA – Estados Unidos da América
- FEI – *Financial Executives International*
- GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- GOP – Lei das Grandes Opções do Plano
- ICM – Índice de Case – *Mix*
- IDG – Índice de Desempenho Global
- IFAC - *The International Federation of Accountants*
- IGF – Inspeção Geral de Finanças
- IGFSS – Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, I.P.
- IIA - *The Institute of Internal Auditors*

- IMA – *Institute of Management Accountants*
- IPO – Instituto Português de Oncologia
- LEO- Lei do Enquadramento Orçamental
- LOPTC – Lei da Organização e Processo do Tribunal de Contas
- OE – Orçamento do Estado
- OROC – Ordem dos Revisores Oficiais de Contas
- OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- POCMS – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- ROC – Revisor Oficial de Contas
- SAD – Divisão de Assistência na Doença
- SAMS – Serviço de Assistência Médico – Social
- SEE – Setor Empresarial do Estado
- SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
- SICA – Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
- SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SIGIC – Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPA – Setor Público Administrativo
- TC - Tribunal de Contas
- ULS – Unidades Locais de Saúde
- VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

1. Capítulo I - Revisão da Literatura	3
1.1. Processo Orçamental do Estado Português	3
1.1.1. O Orçamento do Estado	3
1.1.1.1. Definição.....	3
1.1.1.2. Enquadramento Legal	3
1.1.1.3. Lei de Enquadramento do Orçamento do Estado	4
1.1.2. Contabilidade Orçamental	6
1.1.3. Tipos de Orçamento	6
1.1.3.1. Orçamentos Incrementais por Naturezas.....	6
1.1.3.2. Orçamentos de Desempenho ou Funcionais	7
1.1.3.3. Orçamento por Programas	7
1.1.3.4. Orçamento de Base Zero	7
1.1.3.5. Orçamento por Atividades.....	8
1.1.4. Orçamento por Programas.....	8
1.2. Sistema Nacional de Saúde	11
1.2.1. Breve Caracterização do Sistema de Saúde Português	11
1.2.2. Orçamento no Setor Público da Saúde	13
1.2.2.1. Contratualização	13
1.2.3. Contrato-Programa na Saúde.....	15
1.2.4. Metodologia de Fixação de Preços	18
1.2.4.1. Áreas Específicas	20
1.2.4.2. Orçamento Global e Produção Marginal	21
1.2.4.3. <i>Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization</i> (EBITDA) e Valor de Convergência	21
1.2.4.4. Incentivos de Desempenho e de Eficiência Económico-Financeiro	21
1.2.4.5. Medicamentos Prescritos em Ambiente Hospitalar.....	23
1.2.4.6. Penalizações Associadas ao Contrato-Programa.....	23
1.3. Auditoria da Administração Pública.....	25
1.3.1. Auditoria em Termos Gerais	25
1.3.2. Tipos de Auditoria.....	26
1.3.2.1. Auditoria Interna e Auditoria Externa	26
1.3.2.1.1. Auditoria Externa.....	26
1.3.2.1.2. Auditoria Interna	27

1.3.3.	Auditoria no Setor Público	28
1.4.	O Controlo da Administração Pública	29
1.4.1.	Formas de Exercício do Controlo	29
1.4.1.1.	O Controlo Interno	29
1.4.1.2.	Sistema de Controlo Interno Público	30
1.4.1.3.	COSO	33
1.4.1.4.	O Controlo Interno no POCMS	36
1.4.1.5.	Economia, Eficácia e Eficiência	37
2.	Capítulo II - Enquadramento Metodológico.....	40
2.1.	Percurso Metodológico	40
2.1.1.	Objetivo Geral.....	40
2.1.2.	Objetivos Específicos.....	41
2.1.3.	Questões de Investigação	42
2.1.4.	Tipo de Estudo	42
2.1.5.	Processo de Recolha de Informação.....	46
2.1.5.1	Descrição do Universo	46
2.1.5.2	Recolha de Dados	47
3.	Capítulo III - Discussão e Análise dos Resultados	49
3.1.	Análise da Divulgação por Parte dos Hospitais E.P.E., de Informação sobre o Contrato-Programa	49
3.2.	Análise à Eficácia dos Contratos-Programa;	51
3.3.	Análise à Divulgação de Incentivos e Penalizações, Atribuídas no Âmbito do Contrato-Programa	58
3.4.	Análise Sobre Se a Auditoria Externa Menciona Factos que Evidenciem Indícios de Aplicação de Penalizações Associadas ao Contrato-Programa	66
3.5.	Verificação Sobre a Referência a Mecanismos de Controlo Interno.....	70
4.	Capítulo IV - Conclusões.....	74
4.1.	Conclusões.....	74
4.2.	Limitações do Estudo.....	79
4.3.	Orientações Para Futuras Investigações	79
	Referências Bibliográficas	81

Lista de Figuras

Figura 1 - Sistema Nacional de Finanças Públicas.....	
Figura 2- Cubo do Coso.	34
Figura 3 – Publicação de Relatórios na Plataforma Institucional Online.....	49
Figura 4 - Disponibilização de um Capítulo Referente ao Contrato-Programa na Estrutura do Relatório.....	50
Figura 5 - São Mencionados os Objetivos Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa.....	51
Figura 6 - Objetivos Institucionais (ACSS, 2012:p.31)	52
Figura 7- Taxas de Concretização dos Objetivos Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa.	53
Figura 8 - Taxas de Concretização dos Objetivos Nacionais e Regionais Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa.	53
Figura 9 - Metas Relativas aos Objetivos Nacionais e Regionais Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa.....	54
Figura 10 - Índice de Desempenho Global.....	55
Figura 11 - Valor do Índice de Desempenho Global.....	55
Figura 12 – Incentivo Previsto no Âmbito do Contrato-Programa.	59
Figura 13 - Incentivo Atribuído no Âmbito do Contrato-Programa.....	61
Figura 14 - Montantes Referentes às Prestações de Serviços Faturadas	63
Figura 15- Não Faturação da Totalidade do Contrato-Programa	64
Figura 16 - Referência à Existência e Aplicação de Controlo Interno	70
Figura 17 - Existência de um Manual de Boas Práticas.	71
Figura 18 - Existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas...	72
Figura 19 - Referência à Existência de um Auditor Interno.....	72

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Fases da Investigação.....	46
Tabela 2 - Relatórios Consultados.	48
Tabela 3 - Quais os Indicadores/Rubricas Mais Afetados	56
Tabela 4 – Justificações Mencionadas Para a Não Consecução das Metas Estabelecidas ou Orçamentadas.	57
Tabela 5 - Motivo Apresentado Para a Não Faturação da Totalidade do Contrato-Programa	65
Tabela 6 – Principais Tópicos/Processos/Atividades Mencionados?.....	67

Introdução

Ao longo dos anos os encargos com o setor público da saúde português, têm vindo a aumentar e a ocupar cada vez mais uma parte significativa da despesa pública. Perante a conjuntura económica que se tem verificado nos últimos anos, torna-se fundamental recorrer a métodos mais eficazes e eficientes no que diz respeito à afetação e aplicação dos recursos necessários no setor público da saúde. Contudo não se pode deixar de ter em conta a qualidade e a garantia dos cuidados de saúde.

Face ao quadro económico atual o processo de contratualização assume uma posição relevante, o qual segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2009) pode ser entendido como uma ferramenta essencial para obter uma utilização mais eficiente dos recursos e conseguir atingir melhores resultados na saúde. Assim em termos práticos o processo de contratualização alia-se ao setor público da saúde através do contrato-programa, o qual pretende estabelecer uma estratégia a seguir e deve reunir “ *a definição de objetivos estratégicos, principais linhas de ação, planos de investimentos e projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade prevista que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar*” (ACSS, 2012: p4).

A economia, eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, para além da relação com a economia, deve ser manter uma ligação com a ética, pois segundo Campos (2007: p.7), “*a ineficiência tem custos sociais elevados e irreversíveis*”, ou seja se o sistema nacional de saúde não for eficiente, não contribui para a melhoria da saúde e não poderá ser justo.

O presente estudo tem como principal objetivo verificar se o setor público da saúde respeita os princípios de economia, eficiência e eficácia, de um modo geral, pretende-se perceber se as penalizações e incentivos associados aos contratos-programa são cumpridos na sua totalidade. Para apurar este facto recorreu-se a uma análise dos Hospitais Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), que fazem parte da Administração Regional de Saúde do Norte com particular atenção aos contratos-programa e ao seu cumprimento. Foram assim considerados como base os indicadores que compõem o contrato-programa, a análise do desempenho económico-financeiro dos Hospitais e do grau de realização dos contratos-programa, o apuramento do montante de incentivos

institucionais e a verificação da existência das penalizações previstas na “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivo*”.

A presente dissertação inicia-se com a introdução e está estruturada em quatro capítulos principais.

O primeiro capítulo é composto pelos três principais temas da presente investigação, o processo orçamental, o sistema nacional de saúde e o controlo da administração pública. No processo orçamental é efetuado o enquadramento legal, apresentadas definições referidas por alguns autores e quais as formas que o processo pode assumir em termos práticos, ou seja, tipos de orçamento. Quanto ao sistema nacional de saúde, para além da respetiva definição e enquadramento a nível nacional, é também abordada a associação com o processo orçamental, o qual origina o processo de contratualização surgindo assim a menção ao contrato-programa. De seguida e relativamente ao controlo da administração pública apresenta-se a definição geral de controlo interno, a sua importância quando associada à função pública e do qual surge a abordagem do Sistema de Controlo Interno. Face ao Sistema de Controlo Interno, tornou-se assim fundamental apresentar uma breve descrição e análise do cubo do *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) e por fim perante o auxílio do controlo interno perceber de que modo será possível garantir a eficiência, eficácia e economia.

Por sua vez no segundo capítulo, denominado como estudo do caso, é efetuada a descrição sobre o modo e a forma como a investigação foi realizada. Pelo que é apresentado um enquadramento teórico, o qual tende a justificar a opção pela metodologia utilizada, as questões de investigação e controvérsia encontrada, a qual constituiu a base para o desenvolvimento do presente trabalho e por fim a descrição dos procedimentos adotados na recolha.

No terceiro capítulo é efetuada a discussão e análise dos resultados obtidos, com base nos objetivos específicos definidos. Para tal procedeu-se à organização, exposição e análise dos dados recolhidos.

Finalmente, no quarto capítulo são apresentadas as conclusões, as limitações apuradas no decorrer da elaboração do trabalho e as considerações sugeridas para investigações futuras.

1. Capítulo I - Revisão da Literatura

1.1. Processo Orçamental do Estado Português

1.1.1. O Orçamento do Estado

1.1.1.1. Definição

O Orçamento do Estado (OE) é considerado como *“uma previsão, em regra anual, das despesas a realizar pelo Estado e dos processos de as cobrir, incorporando a autorização concedida à Administração Financeira para cobrar as receitas e realizar despesas e, limitando os poderes financeiros da Administração em cada período anual”* (Franco, 1992).

Para Pereira (1999) *apud* Santos (2001), o orçamento público é *“o principal instrumento de ação de qualquer Governo, independente de sua ideologia”*.

Pinto *et al.* (2013: p.333) define orçamentação como *“ detalhe dos programas e subprogramas constantes da programação de governo, em ações específicas e materializadas nos programas/medidas/projetos/atividades orçamentais. Compreende, também, a especificação dos recursos materiais e recursos humanos necessários ao desenvolvimento dessas ações específicas, em conformidade com as classificações orçamentais legalmente adotadas.”*.

Pode assim resumir-se o OE como um documento previsional, no qual são apresentadas as despesas e as receitas dos organismos do Estado, que se prevê que ocorram num determinado ano.

1.1.1.2. Enquadramento Legal

O OE encontra-se consagrado no artigo 105º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e conforme o disposto do nº 1 o OE contém a discriminação das receitas e despesas do Estado, incluindo as dos fundos e serviços autónomos, assim como, o orçamento da segurança social.

De acordo com o nº 1 do artigo 12º da Lei nº 91/2001 de 20 de Agosto – Lei de Enquadramento Orçamental (LEO) o OE é o documento legal que contém a quantificação das despesas e a previsão das receitas dos organismos do Estado. Esses

organismos, nomeadamente os serviços e fundos autónomos e a segurança social, não dispõem de autonomia administrativa e financeira.

O orçamento é então considerado como um meio que permite prever com maior exatidão todas as ações do Estado, nomeadamente no que diz respeito às despesas e receitas públicas, para um determinado período de tempo. Este instrumento assume a expressão formal da política pública, em termos de concretização dos seus objetivos e prioridades e auxilia no controlo da legalidade (Carvalho *et al.*, 1999).

É competência do Governo a elaboração do OE, tendo em conta os objetivos políticos e os planos de ação definidos com base na Lei das Grandes Opções do Plano (GOP) (Salgado, 2009).

A elaboração do OE tem por base dois importantes diplomas, a CRP nos artigos 105º e 106º que definem as regras de carácter financeiro e a LEO que estabelece as regras e princípios a serem seguidos na elaboração e execução orçamental.

1.1.1.3. Lei de Enquadramento do Orçamento do Estado

A Lei nº 91/2001 de 20 de Agosto, consagra um conjunto de regras e princípios que regem o OE e estabelecem procedimentos quanto à sua elaboração e organização, discussão e aprovação, execução e alteração e o respetivo controlo. Deste modo estão sujeitos ao regulamento da LEO os seguintes princípios e regras:

a) Anualidade

Segundo o princípio da anualidade o OE é válido por um período de um ano, o que implica uma votação anual do mesmo pela Assembleia da República.

b) Integridade (unidade e universalidade)

- Unidade - o Estado deve elaborar, em cada período orçamental/ano, apenas um orçamento. “*O Orçamento do Estado é unitário e compreende todas as receitas e despesas dos serviços integrados, dos serviços e fundos autónomos e do sistema de segurança social.*”¹

¹ Cf. n.º 1, art.º 5º - Unidade e Universalidade

- Universalidade – segundo esta regra o OE incorpora todas as receitas e todas as despesas. Franco (1995) refere: *“um só orçamento e tudo no orçamento”*.

c) Discriminação Orçamental

Os artigos 6º a 8º da Lei n.º 91/2001 de 20 de Agosto, contempla as regras da especificação, da não compensação e da não consignação, segundo os quais é determinada a forma como as receitas e as despesas são incorporadas e realizadas no orçamento.

- Regra da não compensação, segundo a qual *“todas as receitas são previstas pela importância integral em que foram avaliadas, sem dedução alguma para encargos de cobrança ou de qualquer outra natureza”*².
- Regra da não consignação refere que, *“não pode afetar-se o produto de quaisquer receitas à cobertura de determinadas despesas”*³. Contudo o referido admite as exceções da alínea a – f do nº 2, artigo 7º - Não Consignação, sendo exemplos os financiamentos comunitários, contratos-programa, etc.
- Regra da especificação encontra-se prevista no artigo 8º da Lei n.º 91/2001, LEO, de 20 de Agosto, a qual refere que as receitas devem ser especificadas segundo uma classificação económica. Por sua vez as despesas deverão ser fixadas de acordo com uma classificação orgânica, económica e funcional e podem ainda ser estruturadas no todo ou em parte, por programas.

O classificador económico das receitas e despesas encontra-se previsto no DL nº 26/2002, de 14 de Fevereiro enquanto que, o classificador funcional das despesas foi regulado pelo DL nº 171/94, de 24 de Junho.

d) Equilíbrio

De acordo com este princípio e tendo em conta o orçamento do setor público todas as despesas orçamentadas, têm que ser devidamente cobertas por receitas.⁴ Caso este princípio não se verifique e ocorra um aumento do endividamento, poderá originar

² Cf. nº 1, art.º. 6º - Não Compensação

³ Cf. nº 1, art.º. 7º - Não Consignação

⁴ Cf. nº 1, art.º. 9º - Equilíbrio

uma “*redução no mesmo montante das transferências do Orçamento do Estado devidas no ano subsequente, de acordo com as respetivas leis de financiamento.*”⁵

e) Publicidade

Refere o n.º 1 do art.º 1 da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto a obrigatoriedade da publicação de todos os “*documentos que se revelem necessários para assegurar a adequada divulgação e transparência do Orçamento do Estado e da sua execução, recorrendo, sempre que possível, aos mais avançados meios de comunicação existentes em cada momento*”. Assim e segundo Caiado, *et al.* (2007) o, OE deve ser publicado em Diário da República, depois de aprovado pela Assembleia da República.

1.1.2. Contabilidade Orçamental

A execução do OE considera a realização das receitas e despesas com base no regime duodecimal e conforme o previsto na proposta de orçamento. Segundo o regime duodecimal, as despesas correntes dividem-se uniformemente pelos diversos meses do ano e tem em consideração os saldos resultantes do orçamento anterior que transitam para o ano corrente, quer ao nível da receita como da despesa.

1.1.3. Tipos de Orçamento

A elaboração do orçamento da despesa no quadro da Administração Pública pode ser efetuada segundo as técnicas apresentadas no seguinte ponto.”

1.1.3.1. Orçamentos Incrementais por Naturezas

Segundo esta técnica o orçamento faz parte do controlo administrativo das despesas e da regulamentação das atividades e serviços públicos (Brito, 2013).

De acordo com Amado (2013), este tipo de orçamento tem uma duração anual cujo planeamento é efetuado a curto prazo e segundo uma avaliação direta, ou seja, a sua elaboração tem como referência o orçamento e a execução anterior e é efetuado através do ajustamento entre a receita e a despesa (Pinto, *et al.* 2013).

⁵ Cf. n.º 3, art.º 9º - Equilíbrio

1.1.3.2.Orçamentos de Desempenho ou Funcionais

Pinto *et al.* (2013) define orçamento de desempenho como um “*processo orçamental que se caracteriza por apresentar duas dimensões do orçamento: o objetivo de gasto/despesa e um programa de trabalho, contendo ações desenvolvidas. Toda a ênfase reside no desempenho organizacional, sendo também conhecido como orçamento funcional.*”

Na elaboração de orçamentos baseados no desempenho, pressupõe-se obter resposta para as questões:

- Quais os objetivos?
- Quais os programas ou atividades?
- Qual o volume de trabalho ou os níveis de atividade?

Contudo, esta técnica é raramente aplicada sendo que as despesas são direcionadas para o desempenho e programas de trabalho e apesar de evidenciar a eficiência, desvaloriza a necessidade de execução das atividades (Amado, 2013).

1.1.3.3.Orçamento por Programas

De acordo com Salgado (2009: p.34) o orçamento por programas é produzido com base nos objetivos políticos, que o Governo pretende conseguir com as Políticas Públicas. Por outras palavras, é uma ferramenta que operacionaliza as atividades do governo e que permite a execução de projetos e atividades públicas conforme os planos e diretrizes estabelecidas (Brito, 2013: p.10).

Segundo Brito (2013: p.10) o orçamento por programas consiste na definição de um plano de trabalho, o qual contém tarefas a desenvolver e quais as estimativas dos recursos necessários à sua realização.

1.1.3.4.Orçamento de Base Zero

De acordo com Pinto, *et al.* (2013) o orçamento de base zero surgiu em 1969 nos Estados Unidos da América. Esta abordagem efetua análise, revisão e avaliação de todas as despesas do orçamento e não apenas das que estão sujeitas a autorização por

ultrapassarem o limite estabelecido, assim como determina a justificação de todos os programas, aquando o início de um novo ciclo orçamental.

Um orçamento de base zero, não pressupõe na sua composição as receitas e despesas efetuadas nos anos anteriores, assim como os saldos que advêm da gerência anterior, ou seja, não consideram qualquer dado de exercícios anteriores (Brito, 2013: p.12).

Como refere Alveirinho (2007: p.237:238), com base num programa de planeamento das atividades e funções a seguir, procede-se à elaboração do orçamento, no qual as metas e objetivos a serem alcançados, assim como as necessidades de recursos humanos, materiais e financeiros, devem ser definidos num quadro realista, levando em consideração a situação económica, patrimonial e financeira.

1.1.3.5.Orçamento por Atividades

Um orçamento por atividades é um tipo de orçamento que releva a contabilização dos custos das operações de uma organização (Bernardes, 2003).

Brito (2013: p.13:14) refere que a elaboração de um orçamento por atividades é efetuada da seguinte forma: *“primeiro efetuam o planeamento (para isso definem-se os objetivos e analisam-se as atividades, verificando a possibilidade de melhorias). Depois é elaborado o orçamento, considerando atividades prioritárias. Posteriormente, numa fase de controlo, compara-se o orçamento com a respetiva realização”*.

1.1.4. Orçamento por Programas

Segundo Pinto, *et al.* (2013: p.268:269) *“Um orçamento por programa também assenta no desempenho. A diferença geralmente apontada entre os dois relaciona-se com o facto de no orçamento por programas se atender mais à escassez dos recursos na consagração dos objetivos e à organização dos Programas como estrutura de controlo, identificando os responsáveis e indicadores de aferição de responsabilidade material e financeira, tanto do ponto de vista das estruturas político-administrativas como das estruturas transversais em sede da concretização de resultados e impacto”*.

O orçamento por programas tem como principais características o planeamento, a identificação de objetivos e a fixação de metas. Este tipo de orçamento considera os

objetivos que o Governo pretende alcançar, perante uma determinada política pública (Brito, 2013: p.10).

Segundo Amado (2013), orçamento por programas é um tipo de orçamento que valoriza o custo total dos programas ou funções, sem considerar o número de unidades, departamentos ou serviços que estão envolvidos na sua execução. Contempla assim um planeamento a longo prazo, cujos objetivos devem ser claramente definidos e os meios para os atingir sejam avaliados com base nos custos e benefícios. Para tal é necessário que os programas sejam reavaliados todos os anos, quer de forma qualitativa ou quantitativa, podendo existir outros meios de execução.

De acordo com Pinto, *et al.* (2013: p.272), em Portugal o orçamento de desempenho por programas contextualiza-se com o Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP), elaborado pela Lei nº 10/2004, de 22 de Março, e apesar de estar teoricamente vocacionado para um sistema de gestão e de mensuração por atividade, apresenta tipologias que o aproximam das interrogações associadas ao desempenho.

O plano de atividades numa primeira fase é considerado como um guia orçamental integrado na contabilidade interna do Estado. Uma vez que a maioria dos organismos não possui contabilidade patrimonial (custos e proveitos), recorreu-se a uma contabilidade interna de cariz orçamental (Pinto, *et al.* 2013: p.275).

A missão de um serviço ou organização deverá ser estruturada por programas de ação, em que cada programa deverá ser dissociado, de acordo com a sua complexidade, em subprogramas, cada subprograma em projetos, cada projeto em subprojectos e estes ainda decompostos em ações. Nos programas devem constar os objetivos visados, as ações a serem efetuadas, os resultados esperados dentro de cada ação, o calendário das execuções, as responsabilidades abrangidas, uma previsão dos meios precisos e os elementos de avaliação calculados, tendo como base os meios precisos e os resultados esperados (Brito, 2013: p.10).

Numa segunda fase, surge o planeamento e controlo que de acordo com Pinto, *et al.* (2013), se desenvolve da seguinte forma:

a) Plano de atividades (fase de planeamento):

- Objetivos a atingir;
- Capacidade a assegurar;
- Recursos humanos e matérias a utilizar;
- Meios financeiros necessários.

b) Projeto de orçamento (fase de orçamentação):

- Programa (o qual inclui projetos e atividades);
- Possível revisão do plano de atividades;

c) Execução do orçamento (fase de execução):

- Conformidade legal;
- Correta inscrição orçamental;
- Economia, eficácia e eficiência;
- Identificação dos desvios face ao planeamento e implementação de medidas corretivas.

d) Relatórios de atividades (fase de controlo e retroação):

- Avaliação dos resultados das ações definidas no plano de atividades;
- Justificação dos respetivos desvios;
- Identificação de medidas corretivas.

Desta forma, o orçamento deve seguir uma relação direta entre os recursos disponíveis e os objetivos a realizar.

1.2.Sistema Nacional de Saúde

1.2.1. Breve Caracterização do Sistema de Saúde Português

Ao longo do tempo em Portugal, os serviços de saúde têm vindo a acompanhar as alterações da sociedade, da religião e até mesmo da política, enquadrando-se assim de acordo com as necessidades de cada período. Contudo até 1971 – a denominada “Reforma de Gonçalves Ferreira”, a prestação de cuidados de saúde destinava-se principalmente à esfera privada, sendo que os cuidados de saúde de natureza pública eram mínimos e assegurados apenas pelas Misericórdias, consideradas como Hospitais das obras de caridade religiosas. Contudo e a partir de 1971, verifica-se a existência do direito à saúde assegurado pelo Estado, através de uma política integrada de saúde (Paulo, 2010: p.4).

O sistema de saúde português é representado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), seguros públicos e privados para determinadas profissões e obrigatórios para os seus beneficiários (subsistemas de saúde) e seguro voluntário de saúde privado (Diniz, 2013: p.24).

O Estatuto do SNS (1993) define SNS como um *“conjunto ordenado e hierarquizado de instruções e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde”*.

Como refere Diniz (2013: p.25) o Ministério da Saúde é o órgão competente pela coordenação do sistema de saúde, e ainda pelo fornecimento e financiamento dos cuidados de saúde públicos, os quais podem assumir um carácter público ou privado.

O SNS Português apresenta uma estrutura descentralizada, composta pelas Regiões de Saúde, entidades que criam a ligação entre os setores locais e o Ministério da Saúde, as quais estão localizadas no Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Almeida, 1999).

Porém as cinco regiões mencionadas dividem-se em sub-regiões correspondendo a cada distrito de Portugal. Cada Região de Saúde possui uma Administração Regional de Saúde (ARS) que segundo Almeida (1999: p.21) é *“dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, e património próprio, tendo funções de planeamento, distribuição de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e de*

avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.” Em cada região a prestação de cuidados de saúde fica assim ao encargo dos Hospitais e Centros de Saúde (Baganha, *et al.*, 2002: p.10).

Paulo (2010: p.7) de acordo com a Lei de Bases da Saúde refere que foi acordado que cada ARS teria direito a um orçamento, de acordo com as necessidades populacionais da região, cuja aplicação seria na prestação de cuidados de saúde, mas que na prática, “*a autonomia das ARS na afetação de orçamentos tem sido limitada aos cuidados primários, uma vez que os orçamentos dos Hospitais continuam a ser definidos e distribuídos pela autoridade central*”.

A nível privado, destacam-se quatro categorias, nomeadamente a despesa privada das famílias, outros seguros privados, subsistemas de saúde privados e instituições sem fins lucrativos (Diniz, 2013: p.25). Desta forma a prestação de serviços de saúde privados face ao SNS, representa uma opção adicional, a qual proporciona essencialmente “*serviços de diagnóstico, terapêuticos e dentários, assim como consultas de especialidade, serviços de reabilitação e psiquiátricos*” (Paulo, 2010: p.5).

Como foi mencionado, existem sistemas de seguros privados e públicos para determinadas profissões, denominados como subsistemas de saúde, sendo os principais:

- “*ADSE⁶, no setor público, que desde 2005 tem recebido beneficiários de outros subsistemas devido à convergência para um menor número de subsistemas;*
- *Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS), no setor privado, dirigido para funcionários da operadora telefónica e para os funcionários dos correios; e*
- *Serviços de Assistência Médico-social (SAMS), igualmente pertencente ao setor privado, destinam-se aos funcionários bancários e do setor dos seguros associados, determinados pelos sindicatos numa base regional.”* (Paulo, 2010: p.7).

Diniz (2013: p.27) através da citação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2011), refere que “*os subsistemas privados de saúde consistem em entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de*

⁶ Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE)

cidadãos e/ou compartilham financeiramente nos correspondentes encargos. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde, estes subsistemas são de natureza obrigatória, constituindo um mecanismo de solidariedade intragrupal (de matriz profissional ou de empresa), contrapondo-se, desde logo, aos seguros privados cuja adesão não se encontra, por definição, restrita a determinado grupo”.

1.2.2. Orçamento no Setor Público da Saúde

1.2.2.1. Contraturalização

A contraturalização é referida por Escoval *et al.* (2007) como um processo que conjuga uma série de procedimentos associados à gestão descentralizada, sendo considerado como um meio de gestão que diferencia as responsabilidades entre as partes e que possibilita alcançar os resultados estipulados.

Ao nível público a contraturalização é considerada como um meio de gestão, com base nas reformas da Administração Pública, a qual valoriza uma ligação contratual associada à eficiência e aos resultados, de modo a proporcionar uma utilização eficaz dos recursos. Desta forma a contraturalização analisa qual o grau de cumprimento das metas e indicadores de desempenho, assumidos pelos envolvidos (Diniz, 2013).

No setor público da saúde o processo de contraturalização marcou o início de uma mudança de paradigma, em que os recursos passam a ser distribuídos com base em contratos, que pretendem estabelecer um pagamento mais apropriado dos serviços prestados em função das necessidades de saúde da população, *“em detrimento de uma distribuição em função das necessidades apresentadas pelos próprios serviços”* (Escoval, 2003).

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011: p.6) define a contraturalização *“como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam, pressupondo assegurada a autonomia e responsabilidade de todos os interlocutores.”*

Desta forma a contraturalização no setor público da saúde visa o relacionamento entre as partes, face ao formalismo do contrato (Antunes, *et al.* 2011: p.195:196).

Segundo a ACSS (2011: p:6:7) a contratualização desenvolve-se com base no planeamento das necessidades na saúde, determinação das prioridades de investimento, obtenção de informação das entidades a contratualizar e por fim através da apreciação do cumprimento dos objetivos contratualizados.

Segundo Paulo (2010), o setor público da saúde português é financiado com base numa ligação entre os recursos públicos e privados disponíveis, como acontece em grande parte dos países da União Europeia. Quanto ao SNS, o seu financiamento provém sobretudo da tributação geral e das contribuições obrigatórias para os subsistemas públicos de saúde, os quais são financiados pelas contribuições das entidades patronais e dos funcionários. Verifica-se ainda que o financiamento privado apresenta um peso considerável, uma vez que os pagamentos são diretos e efetuados pelos pacientes e por prémios de seguros voluntários de saúde.

Quanto ao orçamento estipulado para as despesas do SNS, Diniz (2013) refere que o mesmo é determinado com base no orçamento nacional anual e que tem sido considerado um orçamento flexível. Tal consideração prende-se com o facto de os encargos com a saúde por norma, ultrapassarem consideravelmente os limites estabelecidos e de assim serem necessários ajustamentos e aprovação de orçamentos adicionais.

De acordo com Figueiras *et al.* (2005) a medição do produto da contratualização afigura um enorme desafio para os sistemas de saúde. Sendo os principais propósitos de um sistema de saúde:

- a melhoria do nível de saúde da população;
- a capacidade de reposta às diferentes necessidades;
- a equidade do financiamento e a eficiência na utilização de recursos.

Diniz (2013), através da citação do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2009), menciona que a introdução do processo de contratualização em Portugal foi influenciada pelos seguintes fatores:

- *”Aumento sustentado da despesa em saúde e a conseqüente necessidade de imprimir um maior rigor na gestão dos recursos públicos;*

- *Ambição de melhorar o nível de prestação de contas;*
- *Intenção de incutir uma maior transparência no âmbito dos processos de decisão, em particular, no que se refere à afetação dos recursos financeiros;*
- *Necessidade de tornar a distribuição de recursos mais equitativa, relacionando-se esta, de algum modo, com a produção e os resultados atingidos (i.e. contratual);*
- *Existência de experiências-piloto de gestão hospitalar”.*

Atualmente, a saúde assume um papel importante no bem-estar da economia, sendo cada vez mais visto como um fator determinante para o crescimento económico. É encarada desta forma, tendo em conta a consideração atribuída, de que o estado de saúde dos indivíduos influencia não só o seu bem-estar físico e psicológico, mas também a sua situação económica (Paulo, 2010).

1.2.3. Contrato-Programa na Saúde

No processo de contratualização do setor público da saúde português intervêm entidades como a ACSS⁷, Administrações Regionais⁸, Ministério da Saúde, Entidades Prestadoras⁹, nomeadamente Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde (ULS) e por fim os cidadãos¹⁰. Importa referir que todo o todo o processo é acompanhado por uma aplicação denominada de Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento - SICA (ACSS, 2011: p.6).

⁷ “Com a responsabilidade estratégica de compatibilizar o processo de contratualização com os objetivos da política de saúde, sendo o desígnio final a melhoria do nível de saúde da população.” (Antunes *et al.* 2011)

⁸ “Com a responsabilidade de operacionalização de todo o processo, desde a elaboração de contratos, à monitorização, à avaliação, até à negociação do sistema de incentivos.” (Antunes *et al.* 2011)

⁹ “Com a responsabilidade de desenvolvimento da atividade que compatibilize os seus objetivos organizacionais, através da contratualização interna, com os níveis de desempenho definidos.” (Antunes *et al.* 2011)

¹⁰ “Que deverão ser considerados parceiros ativos na gestão integrada das suas necessidades de saúde, uma vez que toda a produção é orientada no seguimento das suas carências.” (Antunes *et al.* 2011)

Como foi referido, com a introdução do processo de contratualização os recursos são distribuídos com base em contratos, denominados de “Contrato-Programa”.

Segundo Antunes, *et al.* (2011) os contratos-programa são “*peças centrais do ciclo anual de contratualização, discriminam as obrigações de ambas as partes quanto ao volume de produção, por tipologia de cuidados de saúde, e quanto ao correspondente financiamento. Além disso, estabelecem as metas a alcançar pelos prestadores de modo a obterem o financiamento adicional por desempenho, bem como as regras de acompanhamento e monitorização das atividades a desenvolver.*”

Conforme definido por Diniz (2013: p.36) o contrato-programa é um documento de origem contratual cuja finalidade é a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS em contrapartida de um pagamento financeiro de acordo com o estabelecido.

De acordo com Escoval (2010) o contrato-programa assenta sobre os seguintes pressupostos:

- Meio de avaliação;
- A elaboração assenta numa base negocial, a qual pretende conciliar os interesses das partes intervenientes, no que diz respeito à prestação de serviços de saúde;
- Abrange a avaliação das necessidades dos utilizadores, dos recursos disponíveis, de afetações alternativas e dos resultados esperados;
- Identifica quais os recursos que devem ser afetados, quais as necessidades, para que utilizadores, a que custo, segundo quais objetivos e em que momento.

Regra geral, o contrato-programa é válido por um período de três anos, sendo sujeito a uma revisão no 2º e 3º ano após a sua entrada em vigor pelo “acordo modificativo”. Caso sejam apuradas situações inesperadas, a revisão será efetuada através do “aditamento” e caso se justifique contratar outras linhas de produção deve ser elaborada uma “adenda” (Diniz, 2013: p.36).

Contudo, anualmente deve ser analisada a execução do plano estratégico das entidades para o referido período, a qual possibilitará um ajustamento estratégico dos

diversos níveis da administração e um aperfeiçoamento dos mecanismos de controlo de gestão (Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro) (Diniz, 2013: p.36).

As políticas de obtenção de ganhos do Plano Nacional de Saúde atribuem especial atenção ao desempenho do contrato-programa e consideram importante a sua análise com base nos indicadores de dimensão, acesso, qualidade, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro.

O Acesso: segundo este indicador pretende-se avaliar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde em determinado momento, local e de forma apropriada. Para que seja possível efetuar esta avaliação, recorre-se a indicadores como as primeiras consultas médicas /total consultas médicas, doentes referenciados, rede nacional cuidados continuados, doentes em lista de espera cirúrgica e doentes em lista de espera para 1.ªs consultas.

A qualidade da prestação dos cuidados de saúde é um dos indicadores mais importantes. Contribui para a sua satisfação, aspetos como a segurança, humanização, amenidades, aceitabilidade, continuidade, e adequação na manutenção de elevados padrões assistenciais. Poderá ser analisado através do indicador de Reinternamentos nos 1.ºs cinco dias

A verificação do desempenho ao nível da assistência tem como objetivo fomentar a permanência dos cuidados de saúde prestados, melhorando os efeitos de uma eventual intervenção nos seus utilizadores. O mesmo indicador poderá ser analisado com base na demora média dos cuidados de saúde prestados.

O desempenho económico-financeiro foca-se na eficiência interna dos resultados obtidos em função dos recursos utilizados, com o intuito de obter sustentabilidade económica dos sistemas de saúde.

(Antunes, *et al.* 2011)

1.2.4. Metodologia de Fixação de Preços

A ACSS com base no OE de 2013 elabora com todas as Administrações Regionais de Saúde um contrato-programa, no qual é definida a dotação orçamental (ACSS, 2012: p.3).

A alínea b) do artigo 10º da Lei nº 27/2002 de 8 de novembro prevê como princípio específico da gestão hospitalar do Setor Público Administrativo (SPA) a *“elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a administração regional de saúde (ARS) ”*. A referida elaboração deve ter por base o princípio do artigo 5º da Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, ou seja deve ter em conta o *“financiamento das suas atividades em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, tendo por base a tabela de preços e os acordos que se encontrem em vigor no SNS.”* Segundo a ACSS (2012) a elaboração dos contratos-programa com as Administrações Regionais de Saúde contém uma definição de objetivos a atingir, assim como de indicadores de atividade que permitam auferir o desempenho das unidades. Os referidos devem ser devidamente acordados com a tutela.

Conforme o referido pela ACSS, o atual quadro de restrição orçamental condiciona fortemente os recursos disponíveis no SNS, com consequências significativas sobre os montantes que podem ser afetos à contratualização dos serviços prestados pelos Hospitais e ULS. *“A contenção dos gastos públicos impõe um rigor acrescido e responsabilização na gestão do bem público”* (ACSS, 2012: p.7).

No rasto do que ocorreu em 2012, o processo de contratualização para o ano de 2013 reflete-se na reestruturação e na adoção de medidas centralizadas de redução e contenção de despesas, de forma a garantir o cumprimento das metas que forem estabelecidas nos orçamentos. O objetivo geral continua a ser o de melhorar a gestão com os recursos disponíveis e sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de qualidade e acesso do SNS (ACSS, 2012).

De seguida, tendo por base o presente estudo, será efetuada uma breve análise e descrição dos principais tópicos que compõem o Contrato-Programa 2013, incidindo apenas na perspetiva dos Hospitais.

O processo de contratualização ou de financiamento do SNS consiste na atribuição de recursos financeiros às Administrações Regionais de Saúde, o qual tem por base os valores definidos pelo OE. Para o período de 2013, o OE disponibilizou uma verba de cerca de 4 milhões de euros, o qual representa uma redução em cerca de 2,8% em comparação com o período anterior, 2012 (ACSS, 2012: p. 7).

O Contrato-Programa 2013 tem por base a mesma metodologia verificada para o ano de 2012, o qual tem em consideração os seguintes tópicos:

- Características da população em função da região;
- Necessidades específicas da população;
- Internamento, ambulatório e fluxo inter-regional de doentes como principais elementos da despesa no âmbito contratual (ACSS, 2012);
- Metodologia de contratação de serviços;
- Atividade Assistencial;
- Aplicação da flexibilidade regional na fixação dos preços pelas Administrações Regionais de Saúde.

De acordo com a ACSS (2012), são definidas as seguintes linhas de atividade assistencial:

- a) Internamento de doentes agudos e crónicos;
- b) Ambulatório médico e cirúrgico;
- c) Pagamento de próteses;
- d) Consultas externas;
- e) Atendimentos urgentes;
- f) Sessões de hospital de dia;
- g) Sessões de radioterapia;

- h) Diagnóstico Pré-natal;
- i) Interrupção da Gravidez;
- j) Serviço domiciliário;
- k) Modalidades de pagamento por doente tratado:
 - 1) Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA);
 - 2) Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar;
 - 3) Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com esclerose múltipla;
 - 4) Programa piloto de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção por VHC;
 - 5) Programa piloto de tratamento de doentes com patologia oncológica:
 - I. Cancro da mama;
 - II. Cancro do colo e reto;
 - III. Cancro do colo do útero;

Como já foi referido a metodologia do Contrato-Programa 2013 contempla as características populacionais, de acordo com a região em que se enquadram. Para tal, este fator permite às Administrações Regionais de Saúde adaptar os preços praticados em função da realidade de cada Hospital, o qual também se reflete no financiamento do mesmo, que será atribuído em consoante o cumprimento de determinados requisitos (ACSS, 2012).

1.2.4.1.Áreas Específicas

Como refere a ACSS (2012) o Contrato-Programa de 2013, considera o financiamento autónomo de alguns componentes como é exemplo a formação dos

médicos internos do 1º e 2º ano de especialidade e de programas específicos, nomeadamente, ajudas técnicas, assistência médica no estrangeiro, etc.

1.2.4.2.Orçamento Global e Produção Marginal

O Contrato-Programa 2013 contempla o princípio de orçamento - global, segundo o qual os proveitos gerados pela atividade de cada Hospital não podem ser superiores ao valor orçamentado determinado pelo referido contrato.

1.2.4.3.Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (EBITDA) e Valor de Convergência

A Demonstração dos Resultados Previsional, o Balanço Previsional, a Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa, são elementos fundamentais que as entidades devem apresentar na sequência do contrato-programa.

O valor de convergência é considerado como um apoio financeiro extra atribuído às entidades do SNS do Setor Empresarial do Estado (SEE), o qual deve ser expressamente solicitado ao Conselho de Administração da respetiva ARS, com a devida justificação. Contudo a atribuição do mesmo depende do cumprimento de determinadas metas estabelecidas entre ambas as partes (ACSS, 2012).

1.2.4.4.Incentivos de Desempenho e de Eficiência Económico-Financeiro

A existência de incentivos institucionais possibilita uma melhoria da qualidade e da eficiência das instituições.

Para o ano de 2013, o contrato-programa prevê um aumento da valorização dos incentivos para 5%, ou seja o valor dos incentivos a atribuir será no máximo de 5% do valor da dotação para a contratualização do Hospital.

Para que seja efetuada a referida atribuição é necessário que se verifique o cumprimento das metas estabelecidas para cada objetivo, objetivo esse que é definido para cada instituição (os objetivos são negociados com os departamentos de contratualização das Administrações Regionais de Saúde) (ACSS, 2012: p.30).

A componente do incentivo segue a seguinte distribuição:

- 60% Corresponde aos objetivos institucionais comuns aos Hospitais; e
- 40% Corresponde aos objetivos institucionais de cada região.

De acordo com o descrito no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)¹¹, os Hospitais devem assumir os incentivos previstos na conta 712184 – Plano de convergência, ou seja deve estar refletido nas demonstrações financeiras das respetivas entidades.

De modo a atingir uma igualdade fiável, a atribuição do referido incentivo está dependente de um processo de avaliação de cada instituição, o qual tem por base o indicador – Índice de Desempenho Global (IDG).

A composição do IDG pressupõe a existência de três limites, ou seja:

- Se o grau de cumprimento do IDG for inferior a 50%, aplica-se o grau de cumprimento ajustado de 0%;
- Se o grau de cumprimento do IDG estiver entre 50% e 120%, aplica-se o grau de cumprimento ajustado na mesma proporção;
- Se o grau de cumprimento do IDG for superior a 120%, o grau de cumprimento ajustado é também de 120%.

É importante mencionar que o grau de cumprimento do IDG está associado à percentagem de concretização da meta definida, enquanto que, o grau de cumprimento ajustado corresponde ao cumprimento do indicador mas com limites. Apenas contribuem para o IDG indicadores cujo grau de concretização seja superior a 50%.

Resumidamente o IDG corresponde à soma da taxa de cumprimento das ponderações definidas para cada indicador.

A atribuição do incentivo institucional pode desta forma prever a existência de três situações:

¹¹ [Http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/POCMS%20FINAL%20para%20impress%C3%A3o%2005-02-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/POCMS%20FINAL%20para%20impress%C3%A3o%2005-02-2015.pdf), consultado em Julho de 2015

- 1ª – Caso o IDG seja inferior a 65%, não se verifica a atribuição do incentivo e estamos perante uma avaliação de desempenho negativa;
- 2ª – Se o IDG estiver entre os 65% e os 99,9%, a atribuição do incentivo é feita na proporção do IDG; e
- 3ª – Para um IDG entre os 100% e os 120%, o incentivo será atribuído na totalidade, ou seja 5% do contrato-programa definido.

“Para avaliação dos indicadores contratualizados e cálculo do índice de desempenho global, de acordo com os critérios definidos, será criado no SICA um relatório individual de acompanhamento, que permitirá, não só à ACSS como às ARS, seguir mensalmente o nível de cumprimento dos objetivos de cada instituição” (ACSS, 2012: p.33).

1.2.4.5. Medicamentos Prescritos em Ambiente Hospitalar

Conforme menciona a ACSS (2012: p.34), a prescrição e fornecimento de medicamentos realizados nos Hospitais tem um peso de cerca de 17% na despesa do SNS com esta área. Contudo até ao momento não se verifica a existência de mecanismos que controlem essa atividade, desta forma o Contrato-Programa de 2013 estabelece a existência:

- Penalizações, caso ocorra uma variação superior à média nacional, ou seja caso seja superior a 20% do crescimento bruto face a 2012;
- Incentivos, se a variação ficar abaixo da média nacional.

1.2.4.6. Penalizações Associadas ao Contrato-Programa

Procurando, por um lado aumentar os níveis de exigência e de rigor e por outro, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, a ACSS define através da *“Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos”* no âmbito do Contrato-Programa 2013, a aplicação de penalizações associadas:

- “- *Incumprimento dos prazos de reporte de informação que estão definidos, quer seja informação de produção, económico-financeira ou clinico-administrativa;*
- *- Incumprimento dos prazos definidos para a faturação do contrato-programa;*
- *- Incumprimento no âmbito do funcionamento dos Programas de acesso SIGIC¹² e CTH¹³” (ACSS, 2012: p.34-35).*

A implementação deste sistema tem como objetivo superar os índices de exigência e rigor, mas ao mesmo tempo pretende evitar que ocorram situações de incumprimento por parte das instituições (ACSS, 2012).

O total das referidas penalizações, não poderá ser superior a 1% do valor global atribuído ao contrato-programa estabelecido com a instituição para o ano de 2013.

Para além da existência destas penalizações, verifica-se que os Hospitais /Centros Hospitalares são também os “*responsáveis pela faturação e cobrança a terceiros responsáveis com exceção dos subsistemas públicos de saúde, ADSE, SAD¹⁴ da GNR¹⁵, PSP¹⁶ e ADM¹⁷ das Forças Armadas, cujo pagamento é efetuado através do contrato-programa.*

Assim, é implementada uma penalização em patamares: sempre que as instituições faturem mais de 5% do valor do orçamento do contrato-programa a terceiros responsáveis, entregam parte desse valor à ARS respetiva através de encontro de contas.

Existem três patamares para esta eventual penalização:

- *Até 5% de faturação do valor do orçamento do contrato-programa a terceiros responsáveis, a entidade retém 100% do valor;*

¹² Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

¹³ Consulta a Tempo e Horas (CTH)

¹⁴ Divisão de Assistência na Doença (SAD)

¹⁵ Guarda Nacional Republicana (GNR)

¹⁶ Polícia de Segurança Pública (PSP)

¹⁷ Assistência na Doença aos Militares (ADM)

- *Entre 5% e 7,5% de faturação do valor do orçamento do contrato-programa a terceiros responsáveis, a entidade entrega 20% da receita à respetiva ARS;*
- *Faturação a terceiros responsáveis superior a 7,5% do valor do orçamento do contrato-programa, a entidade entrega 40% da receita à respetiva ARS” (ACSS, 2012: p.35).*

1.3. Auditoria da Administração Pública

1.3.1. Auditoria em Termos Gerais

Auditoria, deriva do verbo latim “audire” que significa “ouvir”, e segundo o qual, considerava-se que os auditores expressavam a sua opinião e fundamentam as conclusões do seu trabalho com base no que lhes era transmitido (Costa, 2010).

O conceito de auditoria tem evoluído com o decorrer do tempo e reflete não só as alterações ocorridas no desenvolvimento das organizações mas também nos objetivos que cada uma define para a sua atividade. Originalmente a auditoria tinha como objetivo a deteção de erros ou fraudes, porém, atualmente a sua finalidade é a emissão de uma opinião sobre se as demonstrações financeiras das organizações apresentam de forma verdadeira e apropriada a sua posição financeira e o resultado das suas operações.

Neste sentido, de entre diversas definições existentes destacam-se as seguintes:

“Auditoria é uma verificação ou exame feito por um auditor dos documentos de prestação de contas, com o objetivo de o habilitar a expressar uma opinião sobre os referidos documentos de modo a dar aos mesmos credibilidade” (IFAC, TC, 1999);

“ Auditoria é o exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vista a verificar se são executadas ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas” (INTOSAI, TC, 1999);

“Auditoria é um exame ou verificação de uma dada matéria, tendente a analisar a conformidade da mesma com determinadas regras, normas ou objetivos, conduzindo por uma pessoa idónea, tecnicamente preparada, realizado com observância de certos princípios, métodos e técnicas geralmente aceites, com vista a possibilitar ao auditor formar uma opinião e emitir um parecer sobre a matéria analisada” (TC, 1999).

Resumidamente tendo em conta um sentido mais amplo e no âmbito financeiro a auditoria pode ser definida como *“um exame ou verificação das contas, da situação financeira e/ou da gestão, realizada por um auditor com vista à emissão de um parecer”* (Rocha, 2013).

1.3.2. Tipos de Auditoria

O Manual de Auditoria e Procedimentos do Tribunal de Contas, refere que *“existem vários critérios adaptados na classificação das auditorias, que atendem quer ao objeto prosseguido, quer ao sujeito que as realiza quer à sua amplitude, ou ainda à sua periodicidade, à sua exaustão ou profundidade”* (TC, 1999).

1.3.2.1. Auditoria Interna e Auditoria Externa

Atendendo ao critério da posição do sujeito, a auditoria pode ser interna ou externa. A auditoria externa distingue-se da interna, pois é realizada por profissionais ou entidades que são independentes da organização auditada.

Apesar de aparentemente serem diferentes e independentes a auditoria interna e a externa devem colaborar e em conjunto ajudar as entidades a melhorar o seu desempenho. Uma vez que a auditoria interna que está numa posição de dependência hierárquica face à organização, possui conhecimentos mais profundos da mesma e pode assim realizar uma auditoria mais completa que irá permitir à auditoria externa auferir um nível de segurança maior para a emissão do parecer sobre as demonstrações financeiras.

A ISA 610 (parágrafo 9 e 11) refere que, *“o auditor externo deve obter um conhecimento suficiente das atividades de auditoria interna para auxiliar a planear a auditoria e a desenvolver uma abordagem de auditoria eficaz”* e *“no decurso do planeamento da auditoria o auditor externo deve levar a efeito uma avaliação preliminar da função de auditoria interna quando lhe parecer que a auditoria interna é relevante para a auditoria externa das demonstrações financeiras em áreas específicas de auditoria.”*

1.3.2.1.1. Auditoria Externa

“A auditoria externa é um exame independente, objetivo e competente de um conjunto de demonstrações financeiras de uma entidade, sendo conduzido com o

objetivo de exprimir uma opinião sobre se as demonstrações financeiras, apresentam de forma verdadeira e apropriada a posição financeira da empresa.”¹⁸

A auditoria é denominada de externa sempre que realizada por profissionais independentes e externos a uma organização. Esta classificação surge pela necessidade de fornecer informação financeira credível que auxilie na tomada de decisões económicas, como é caso de acionistas, investidores, e outros utilizadores externos.

Desta forma o trabalho da auditoria externa foca-se na análise e verificação da situação financeira de uma entidade, por forma a apurar se os resultados das operações de um determinado período estão devidamente apresentados e se estão de acordo com as normas e regulamentos. Por este motivo é que também a auditoria externa é também designada por auditoria financeira.

No setor público do estado a auditoria externa pode assumir dois tipos, a auditoria efetuada pelas Entidades Fiscalizadoras Superiores ou Órgãos Institucionais de Controlo Externo e a auditoria solicitada a empresas alheias ao setor público (Carvalho *et al.*, 1999).

1.3.2.1.2. Auditoria Interna

O conceito de auditoria interna em comparação com o de auditoria externa é relativamente recente. *The Institute of Internal Auditors* (IIA) atribuiu uma definição para este conceito e por forma a adaptar-se às constantes mudanças, tem vindo a revê-la.

A primeira definição do IIA surgiu em 1978 e segundo a qual, a auditoria interna é considerada como uma ferramenta que permite ajudar a organização a alcançar os seus objetivos, tendo como principal função o controlo e por vezes designada como o “controlo dos controlos.” Contudo em 1999, o IIA atualiza este conceito e a auditoria passa a ser considerada como uma função, a qual classificada como uma atividade, atividade essa que tem como objetivo acrescentar valor, melhorar as operações de uma organização e ajudar a mesma a atingir os seus objetivos.

De um modo geral, “*considera-se que a auditoria interna deve atuar em toda a hierarquia da organização, avaliando a eficácia dos seus resultados em relação aos recursos colocados á disposição, bem como a economicidade e eficiência dos controlos internos existentes para a gestão dos recursos*” (Pinheiro, 2013).

¹⁸ <http://ojpeao.blogs.sapo.mz/1502.html>, consultado a 2 de Janeiro de 2014.

1.3.3. Auditoria no Setor Público

A atividade de auditoria aplicada no setor público, permite não só avaliar a forma como os resultados são obtidos mas também garantir uma melhoria e eficiência dos respetivos serviços.

Tendo por base os normativos emanados pela Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC), *International Organization of Supreme Audit Institutions*, *The International Federation of Accountants* (IFAC) e IIA, a auditoria no setor público é definida como:

- “Auditoria operacional ou de resultados, ou simplesmente de gestão, tem por objetivo a apreciação da gestão dos recursos públicos segundo critérios de economia, eficiência e eficácia (os três Es)” (TC, 1999);

- “Um exame, das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vista a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas” (INTOSAI);

- “Verificação ou exame feito por um auditor dos documentos de prestação de contas com o objetivo de o habilitar a expressar uma opinião sobre os referidos documentos de modo a dar aos mesmos a maior credibilidade” (IFAC, TC, 1999).

Silva (2000), refere que o objetivo da auditoria no setor público é “a avaliação da eficiência, da economia, da legalidade, regularidade e eficácia das atividades e ou projetos e dos programas orçamentais e das Políticas Públicas desenvolvidos pelos Serviços. (...)”.

A nível nacional a prática da auditoria no setor público está sujeita à supervisão e controlo do Tribunal de Contas (TC), sendo este o órgão máximo de controlo financeiro externo, a quem compete fiscalizar a legalidade e regularidade das receitas e das despesas públicas. Cabe ainda ao mesmo apreciar a boa gestão financeira e efetiva responsabilidades por infrações financeiras.¹⁹

¹⁹ Lei n.º 98/97 de 26 de Agosto - Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC)

1.4. O Controlo da Administração Pública

1.4.1. Formas de Exercício do Controlo

O controlo da gestão orçamental, segundo o artigo nº 53 do DL 155/92 (Rafe), pode ser exercido de três diferentes formas, através do autocontrolo efetuado pelos órgãos com competência dos respetivos serviços, do controlo interno efetuado pela gestão mas continuamente e pelas auditorias realizadas e por fim o controlo externo, função desempenhada pelo TC de acordo com as suas leis (Carvalho, 2012/2013).

1.4.1.1.O Controlo Interno

Morais *et al.* (2007) refere que o primeiro organismo a definir controlo interno foi o *American Institute of Certified Public Accountants* (AICPA) em 1934 e segundo o qual “*o controlo interno compreende um plano de organização e coordenação de todos os métodos e medidas adotadas num negócio a fim de garantir a salvaguarda de ativos, verificar a adequação e confiabilidade dos dados contabilísticos, promover a eficiência operacional e encorajar a adesão às políticas estabelecidas pela gestão*”.

Mais tarde o IIA (2004) considera que o controlo interno consiste em “*qualquer ação empreendida pela gestão e outros membros da entidade, para aperfeiçoar a gestão do risco e melhorar a possibilidade de alcance dos seus objetivos e metas*”.

A nível nacional, o Tribunal de Contas (TC) (1999) descreveu o controlo interno como uma “*forma de organização que pressupõe a existência de um plano e de sistemas coordenados destinados a prevenir a ocorrência de erros e irregularidades ou a minimizar as suas consequências e a maximizar o desempenho da entidade no qual se insere*”.

O controlo interno tem como objetivos garantir informação íntegra e fidedigna, conexão com políticas, planos, procedimentos, normas e regulamentos, a salvaguarda de ativos, uso apropriado e eficiente dos recursos, assim como a execução dos objetivos determinados para as operações ou programas (IIA, 2004).

O controlo interno no âmbito da Administração Pública é designado como um controlo contínuo e constante da gestão, efetuado através de auditorias aos organismos que dele fazem parte, por entidades designadas para tal (Pinto *et al.* 2013: p.301).

Costa (2013) refere que compete à administração de uma organização, seja ela pública ou privada, assegurar a existência e correto funcionamento de um Sistema de Controlo Interno de acordo com as necessidades e realidade de cada unidade económica.

1.4.1.2. Sistema de Controlo Interno Público

Segundo o Manual do Revisor Oficial de Contas nomeadamente a Diretriz de Revisão e Auditoria (DRA) 410²⁰ (OROC, 2000), o Sistema de Controlo Interno compreende *“todas as políticas e procedimentos (controles internos) adotados pela gestão de uma entidade que contribuam para a obtenção dos objetivos da gestão de assegurar, tanto quanto praticável, a condução ordenada e eficiente do seu negócio, incluindo a aderência às políticas da gestão, a salvaguarda de ativos, a prevenção e deteção de fraude e erros, o rigor e a plenitude dos registos contabilísticos, o cumprimento das leis e regulamentos e a preparação tempestiva de informação financeira credível”*.

De outro modo o IFAC (2006), através das normas internacionais de auditoria, define o Sistema de Controlo Interno como um *“plano de organização e todos os métodos e procedimentos adotados pela administração de uma entidade, para auxiliar a atingir o objetivo de gestão de assegurar, tanto quanto for praticável, a metódica e eficiente conduta dos seus negócios, incluindo a aderência às políticas da administração, a salvaguarda dos ativos, a prevenção e deteção de fraudes e erros, a precisão e plenitude dos registos contabilísticos e a atempada preparação de informação financeira fidedigna”*.

De acordo com Pinto, *et al.* (2013), um sistema de controlo é essencial para qualquer organização, na medida em que o mesmo proporcionará segurança aos órgãos

²⁰ A Diretriz Revisão/Auditoria, DRA nº 410 (2000: p.2) tem como principal objetivo *“estabelecer normas e proporcionar orientação na obtenção do conhecimento suficiente dos componentes do sistema de controlo interno, a fim de planear a revisão/auditoria e desenvolver uma metodologia de revisão/auditoria eficaz.”* Refere ainda que segundo o parágrafo 13 das Normas Técnicas de Revisão/Auditoria perante a necessidade de avaliar o Sistema de Controlo Interno *“o revisor/auditor deve avaliar a forma como o sistema de controlo interno efetivamente funciona e, nos sistemas de informação computadorizados, tomar em consideração a forma como eles afetam a revisão/auditoria”* (DRA 410, 2000: p.2).

de gestão, ou seja um sistema de controlo visa garantir que os procedimentos e processos e a gestão dos recursos de uma organização (financeiros, humanos, equipamentos informáticos) são eficazes.

Araújo (2013: p.16) considera que o Sistema de Controlo Interno em geral é um conjunto dos vários controlos que fazem parte de uma organização. Um Sistema de Controlo Interno está ainda sujeito a uma apreciação de modo a obter um grau de confiança e de fiabilidade da informação, com base na análise do seu grau de economia, eficácia e eficiência (Marçal *et al.* 2011).

O Sistema de Controlo Interno público rege-se pelo Decreto-Lei nº 166/98, de 25 de junho, o qual prevê a existência de um Sistema de Controlo Interno que compreende uma visão orçamental, ou seja orçamento e respetiva execução, financeira, quanto aos direitos e obrigações e patrimonial, através de bens de domínio público e privado (Pinto, *et al.* 2013).

Segundo Pinto *et al.* (2013), este sistema pretende assegurar:

- Controlo eficaz da administração financeira do Estado;
- A obtenção do rigor através da articulação e conformidade no âmbito da Administração Pública conforme o definido pelo Programa do Governo;
- A existência de um elevado grau de proteção dos interesses financeiros do Estado, assim como o aperfeiçoamento da sua gestão;
- Com base na visão orçamental, financeira e patrimonial, atingir uma economia de eficácia e equidade superior.

Através do controlo interno pretende-se analisar, acompanhar a avaliação e informar sobre a legalidade e correta gestão das atividades, planos ou exercícios de entidades do Estado e de interesses financeiros públicos para garantir o correto funcionamento do Sistema de Controlo Interno Público. Para tal, colaboram neste processo entidades como a Direção Geral do Orçamento (DGO), o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social (IGFSS), órgãos e serviços de inspeção, auditoria e fiscalização (Pinto, *et al.* 2013: p.302).

Segundo o artigo 4º do Decreto-Lei n.º 166/98, de 25 de junho e de acordo com a figura 1, o Sistema de Controlo Interno público prevê a existência de três níveis de controlo:

- Controlo operacional é o controlo exercido no próprio organismo, pelos órgãos e serviços de inspeção, auditoria e fiscalização (associados à entidade);
- Controlo setorial que acumula com o controlo anterior a verificação da conformidade da unidade operacional e do respetivo sistema de gestão nos planos globais de cada função ou ministério. Contudo este controlo à semelhança do anterior, já foi efetuado pelas respetivas unidades operacionais;
- Controlo estratégico reúne os dois controlos anteriores e compreende ainda a avaliação dos objetivos propostos pelo Programa do Governo, as Grandes Opções do Plano e o Orçamento. Este nível de controlo compete à Inspeção Geral de Finanças (IGF), DGO e ao IGFSS.

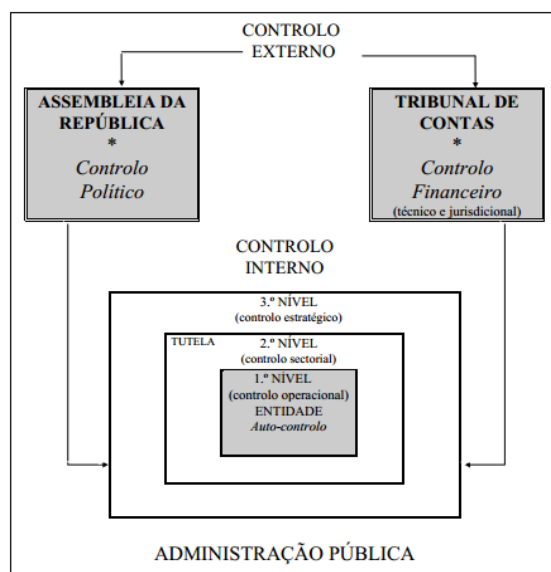


Figura 1 - Sistema Nacional de Finanças Públicas
Fonte: Tribunal de Contas (2009, p.25)

De acordo com a figura 1, os três níveis de controlo interno existentes estão ainda sujeitos à supervisão de um controlo externo, o qual se divide em Controlo Financeiro e Jurisdicional e em Controlo Político. O controlo financeiro e jurisdicional é da competência do TC e está relacionado com a execução do OE, enquanto que, o

controlo político compete à Assembleia da República, à qual lhe cabe aprovar a Conta do Estado e acompanhar a execução orçamental (Pinto *et al.* 2013).

Conforme o referido pela Lei n.º 98/97 de 26 de Agosto²¹, o TC é o órgão máximo de controlo financeiro externo através do qual efetua um exame externo às contas (54º da Lei da Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC)) e ainda a algumas auditorias relativamente às entidades de que possui competência, de modo a estimar a legalidade, economia, eficiência e eficácia da gestão financeira dos sistemas de controlo interno existentes.

1.4.1.3.COSO

O COSO²² é um organismo que foi fundado em 1985 nos Estados Unidos da América (EUA), motivado pela crise dos anos 80 a qual se deveu a uma falha de controlos e cuja missão era aperfeiçoar o controlo interno e garantir a sua eficácia (Araújo, 2013: p.26). A sua criação contou com o apoio de grandes associações empresariais nomeadamente, a *American Accounting Association* (AAA), o AICPA, o *Financial Executives International* (FEI), IIA e a *National Association of Accountants* (atual *Institute of Management Accountants* (IMA)) (Araújo, 2013: p.26).

Deste então publicou vários artigos sobre este assunto, sendo de destacar o “*Internal Control – Integrated Framework*” e “*Enterprise Risk Management – Integrated Framework*” (Araújo, 2013: p.26). Sendo o controlo interno o principal foco da publicação “*Internal Control – Integrated Framework*”, será apresentado de seguida uma breve explicação da sua composição.

Segundo Pinheiro (2013) através da citação do COSO (1992), “*Internal Control – Integrated Framework*”, publicado em 1992 define controlo interno como “*um processo levado a cabo pelo Conselho de Administração, Direção e outros membros da organização com o objetivo de proporcionar um grau de confiança razoável na concretização dos seguintes objetivos:*

- *Eficácia e eficiência dos recursos;*

²¹ Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC).

²² *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*. Disponível em <http://www.coso.org/aboutus.htm>, consultado em Julho de 2015

- *Fiabilidade da informação financeira;*
- *Cumprimento das leis e normas estabelecidas”.*

O modelo COSO deu origem ao “Cubo do COSO” de acordo com a figura 2, o qual deve ser aplicado a cada organização conforme a sua conjuntura, por forma a adaptar-se aos controlos internos (Araújo, 2013).



Figura 2- Cubo do Coso.

Fonte: Adaptado de

*http://www.iiabrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf,
consultado em 1 de Agosto de 2015*

Perante a figura 2, o Sistema de Controlo Interno pode ser analisado segundo três dimensões.

A face frontal do cubo compreende cinco componentes ligados entre si e que constituem o Sistema de Controlo Interno:

- *“Ambiente de controlo - que significa a atitude geral, a consciencialização e as ações da gestão e do órgão de gestão a respeito do sistema de controlo interno e a sua importância dentro da entidade e que dá a tônica a uma organização, influenciando a consciência de controlo do seu pessoal. É o ponto de partida para os outros componentes do controlo interno, proporcionando disciplina e estrutura.*
- *Avaliação do risco - é a identificação e análise pela entidade dos riscos relevantes para a realização dos seus objetivos, formando a base para a determinação de como os riscos devem ser geridos.*
- *Procedimentos de controlo - são as políticas e procedimentos que ajudam a assegurar que as diretivas da gestão são executadas.*

- *Informação e comunicação - é a identificação, recolha e troca de informação por forma a permitir aos empregados levarem a cabo as suas responsabilidades.*
- *Monitorização - é o processo que avalia a qualidade do desempenho do controlo interno ao longo do tempo” (DRA 410, 2000).*

A face lateral da figura 2 compreende as unidades funcionais da organização que estão sujeitas aos controlos mencionados (Araújo, 2013).

A terceira e última dimensão na face superior identifica os objetivos gerais a que a organização se propõe atingir:

- *“Operacionais – eficácia e eficiência das operações;*
- *Reporte financeiro – fiabilidade do reporte financeiro;*
- *Conformidade – conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis”* (Araújo, 2013: p.28).

Com base no modelo apresentado, segundo Araújo (2013: p.28) que cita o COSO (1992) importa referir que as três dimensões apresentadas *“funcionam articuladas entre si, gerando sinergias e formando o dito sistema integrado, respondendo de forma dinâmica a qualquer mudança na envolvente. Contudo, o controlo interno será, tanto mais eficaz, quando os controlos são desenvolvidos e aplicados na própria organização, funcionando como uma parte da essência desta”*.

De acordo com Fachada (2014: p.1) um Sistema de Controlo Interno é uma ferramenta de gestão muito importante e indispensável para qualquer organização, garantindo o respeito pela legalidade, o cumprimento de critérios de economia, eficácia e eficiência, e permitindo aos diversos patamares hierárquicos da organização ter confiança nos procedimentos e processos desenvolvidos pelos seus intervenientes, possibilitando, sempre que necessário, a implementação de medidas corretivas e de ajuste nos diversos estágios da ação, garantindo assim a qualidade, a fiabilidade e a informação.

1.4.1.4. O Controlo Interno no POCMS

O POCMS aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro, aplica-se obrigatoriamente a todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde (Portaria n.º898/2000).

No seguimento da definição de controlo interno apresentada pelo AICPA supracitado, o POCMS determina no ponto 2.9. a adoção obrigatória de um modelo de Sistema de Controlo Interno, pelas instituições que fazem parte do Ministério da Saúde. Segundo o referido modelo devem ser desenvolvidos procedimentos no âmbito do controlo interno, incluindo *“o plano de organização interno, políticas, métodos, técnicas e procedimentos de controlo, bem como quaisquer outros a definir pelos respetivos órgãos de gestão que permitam assegurar o desenvolvimento das suas atividades de forma eficaz, eficiente e com qualidade, assegurem a salvaguarda dos seus ativos, a prevenção de ilegalidades e a exatidão e integridade de todos os registos contabilísticos e a preparação oportuna e atempada de toda a informação financeira”* (Portaria n.º898/2000).

Este plano define os procedimentos de controlo a seguir, e baseia-se nos seguintes objetivos:

- a) “Salvaguarda da legalidade e regularidade na elaboração e execução dos documentos orçamentais, financeiros e contabilísticos;*
- b) Cumprimento das deliberações dos órgãos de gestão e decisões dos respetivos titulares;*
- c) Salvaguarda do património;*
- d) Exatidão e integridade dos registos contabilísticos e a fiabilidade de toda a informação produzida;*
- e) Utilização eficaz e adequada dos fundos dentro dos pressupostos legalmente atribuíveis para a assunção de encargos;*
- f) Registo atempado e pelas quantias corretas de todas as receitas e despesas nos documentos apropriados e dentro do período contabilístico a que dizem respeito;*
- g) Controlo das aplicações e do ambiente informático;*

- h) O incremento de critérios rigorosos de gestão que proporcionem uma resposta eficaz e eficiente a todas as solicitações;*
- i) A implementação de normas e procedimentos que visem a qualidade de todas as atividades desenvolvidas” (Portaria n.º898/2000).*

Face aos objetivos mencionados importa referir que o exercício de controlo deve ser efetuado segundo um procedimento de segregação de funções, nomeadamente entre quem controla e quem é controlado (Fachada, 2014: p.75).

1.4.1.5.Economia, Eficácia e Eficiência

De acordo com a LEO (Lei nº 91/2001), o programa orçamental inclui um conjunto de medidas, projetos ou ações para a concretização de um ou vários objetivos, relativos a uma ou mais políticas públicas, contendo necessariamente um conjunto de indicadores que permitem avaliar a economia, eficácia e a eficiência da sua realização.

Qualquer organização pública ou privada que possua controlo interno precisa de adotar mecanismos de controlo apropriados, de modo a que seja possível garantir a eficiência, eficácia e economia da sua atividade (Rocha, 2013: p.2), bem como o aperfeiçoamento dos serviços prestados em qualidade e desempenho, ajudando assim a alcançar os objetivos determinados (Pinto *et al.* 2013: p.246).

A economia tem como finalidade a minimização dos custos dos recursos adquiridos ou de utilização dos bens públicos afetos a uma atividade, apreciada em função da qualidade, da quantidade, do preço e da oportunidade da sua aquisição. A eficiência avalia a relação entre os resultados alcançados (*outputs*) e os recursos ou meios utilizados (*inputs*), tendo em vista a sua otimização, deste modo está relacionada com o conceito de produtividade. A eficácia avalia o grau de realização dos objetivos e a relação entre os objetivos propostos e os resultados alcançados (Manual Tribunal de Contas de Portugal, 1999).

De acordo com Fachada (2014: p.53:54) e considerando o orçamento como a tradução financeira de um conjunto de obrigações, direitos, ações e projetos que um organismo pretende implementar num determinado ano, pode o Sistema de Controlo Interno com os objetivos pretendidos e planeados, garantir assim a boa gestão dos

dinheiros públicos e se os mesmos estão a ser utilizados cumprindo o princípio da economia, eficácia e eficiência.

De um modo geral a nível público a economia, eficiência e eficácia significa que com a autorização da despesa pretende-se obter o máximo rendimento possível assim como um aumento da produtividade (Pascal & Ribeiro, 2001).

Pinto *et al.* (2013: p.246) com base no IFAC (1996: p.21) apresenta as seguintes definições:

- Economia – através deste conceito pretende-se reduzir o custo dos recursos financeiros, humanos e físicos utilizados mas obtendo os mesmos de forma adequada e no momento apropriado.

Perante esta definição obtém-se a economia, quando os recursos financeiros e humanos de uma entidade são adquiridos no momento apropriado, ao menor custo, na quantidade precisa e com a qualidade desejada.

- Eficiência – tendo em conta os objetivos e os resultados a atingir, devem ser utilizados os menores recursos possíveis.

Por outras palavras a eficiência é alcançada quando uma organização com determinados recursos obtém o maior resultado possível.

- Eficácia – obtenção dos meios necessários que permitam à organização implementar as suas políticas e alcançar os seus objetivos.

A eficácia numa organização é verificada pelo nível de execução dos objetivos previstos, que no caso das organizações públicas é através dos orçamentos por programas.

Em suma, *“a economia, a eficiência e a eficácia devem estar equilibradas, uma vez que sendo a eficácia a medida em que se alcançam os objetivos, estes podem ser mais facilmente atingidos se, se utilizarem recursos “ilimitados”, pelo que a um elevado nível de eficácia pode corresponder um reduzido nível de eficiência. Por outro lado, se para aumentar a economia e a eficiência se reduzir o consumo de recursos, podem não se conseguir alcançar os objetivos obtendo-se um nível de eficácia reduzido.*

Deste modo, devem-se utilizar os recursos necessários para atingir os objetivos de eficácia evitando-se desperdícios” (Pinto et al. 2013: p.248:249).

2. Capítulo II - Enquadramento Metodológico

O presente capítulo destina-se à apresentação dos elementos relativos aos dados recolhidos, bem como aos métodos e técnicas utilizadas tendo em conta a revisão da literatura efetuada que apoiam os resultados da investigação empírica.

A metodologia é uma parte importante em qualquer trabalho, pois é através dela que é descrito e explicado todo o estudo elaborado. Com a metodologia pretende-se dar continuidade ao que é referido no capítulo anterior, pelo que será efetuada a análise dos diversos métodos de estudo e assim determinada a opção que achamos ser a mais adequada ao estudo em causa.

Como refere Teixeira (2006) este capítulo é de extrema importância, pois *“é através da metodologia que se estuda, descreve e explica os métodos que se vão aplicar ao longo do trabalho, de forma a sistematizar os procedimentos adotados durante as várias etapas, procurando garantir a validade e a fidelidade dos resultados”*.

Fortin (1999) refere que a investigação é um processo sistemático cujo objetivo principal é o de responder às questões de investigação formuladas. *“É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação”*.

De acordo com Gil (2008: p.15), *“os métodos de recolha de informação têm por objetivo proporcionar ao investigador os meios técnicos para garantir a objetividade e a precisão. (...) Mais especificamente visam fornecer a orientação necessária à realização da pesquisa, sobretudo no referente à obtenção, processamento e validação dos dados pertinentes à problemática que está a ser investigada”*.

2.1.Percurso Metodológico

2.1.1. Objetivo Geral

De acordo a publicação da ACSS (2012) *“Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos”* no âmbito do contrato-programa, está previsto a existência de um sistema de penalizações com efeito no valor do financiamento a atribuir às entidades, perante o incumprimento de prazos de reporte associados à informação económica, financeira, administrativa e de produção, de prazos de faturação

associados ao contrato-programa e ainda pelo incumprimento associado ao SIGIC e CTH (ACSS, 2012: p.34:35). Contrapondo o anteriormente exposto, segundo o TC (2013: p.27), numa auditoria ao Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPO), E.P.E., verificou-se que o processo de faturação e conferência respeitante ao contrato-programa de 2010 a 2012 ainda não se encontra concluído. Nessa mesma auditoria apurou que os dados de faturação de 2012 eram estimados, e apenas se encontrava faturada a produção base. No mesmo relatório o TC concluiu que *“as demonstrações não traduzem de forma verdadeira e apropriada a situação económico-financeira das entidades, da própria ACSS e consequentemente da conta consolidada do SNS”*. Reforçando esta ideia, Diniz (2013: p.89) refere que o atual sistema de incentivos, mencionado na *“Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos”* anualmente elaborada pela ACSS, não mostra transparência em relação às condições de desempenho associadas à sua atribuição. Ou seja, não existe de facto um sistema de incentivos e penalizações que constituam fatores de cumprimento que favoreçam a sustentabilidade do SNS.

Perante a controvérsia apresentada e por forma a obter resposta para a mesma, surge a necessidade de apurar se os contratos-programa são cumpridos na sua totalidade

2.1.2. Objetivos Específicos

Uma vez determinado o problema que origina esta investigação e o ponto de partida da análise a efetuar, ou seja *“apurar se as penalizações e incentivos associados aos contratos-programa são cumpridos na sua totalidade”*, o próximo passo é de que forma será respondida esta questão.

Considerando esta questão geral, a investigação será desenvolvida com base nos seguintes objetivos definidos:

- I. Analisar a divulgação por parte dos Hospitais E.P.E., de informação sobre o contrato-programa;
- II. Apurar a eficácia dos contratos-programa;
- III. Analisar a divulgação de incentivos e penalizações, atribuídas no âmbito do contrato-programa;
- IV. Analisar se a auditoria externa menciona factos que evidenciem indícios de aplicação de penalizações associadas ao contrato-programa;

V. Verificar se são mencionados mecanismos de controlo interno.

2.1.3. Questões de Investigação

É com base na revisão da literatura que se fundamenta a questão de investigação, uma vez que é provavelmente o passo mais importante para escolher o tipo de pesquisa (Yin, 2003) e será o ponto de partida para o desenvolvimento da investigação.

Atendendo aos objetivos específicos definidos, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- 1) De que forma é que os Hospitais divulgam informação relativamente ao contrato-programa?
- 2) Será que os Hospitais cumprem o estabelecido pela “Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos” para a obtenção de incentivos?
- 3) São mencionados os incentivos e penalizações no âmbito do contrato-programa?
- 4) De que forma é que a auditoria externa, através da Certificação Legal de Contas (CLC), se pronuncia quanto à aplicação de penalizações associadas ao contrato-programa?
- 5) É evidenciada a existência de mecanismos de controlo interno?

2.1.4. Tipo de Estudo

O processo de investigação na sequência da revisão da literatura tem como objetivo validar o procedimento efetuado e orientar a pesquisa. Desta forma, nesta fase pretende-se apurar e relacionar técnicas de modo a atingir os objetivos propostos.

Numa primeira fase da investigação foi efetuada a revisão da literatura, na qual pretendemos obter conceitos essenciais para o estudo e numa segunda fase, foi realizado o estudo empírico, o qual consistiu na recolha, apresentação, análise e discussão de dados.

Tendo em conta a questão central em linha com os objetivos definidos neste estudo, a metodologia escolhida foi a abordagem qualitativa. Pois segundo esta abordagem é possível estudar a realidade como um todo e num determinado contexto.

Para tal o ponto de partida serão os dados obtidos, os quais se pretendem compreender e explicar (Almeida e Freire, 2003).

Uma vez que assumimos a opção pela investigação de natureza qualitativa é importante analisar as suas características. Bogdan e Biklen, citados por Tuckman (2005, p.507), descrevem a investigação qualitativa segundo cinco características principais:

1. *“A situação natural constitui a fonte dos dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;*
2. *A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;*
3. *A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final;*
4. *Os dados são analisados intuitivamente, como se se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;*
5. *Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao “porquê” e ao quê” (Oliveira, 2008 p.38).*

Yin (1995) também menciona que a metodologia qualitativa pode caracteriza-se:

- *“Isolar casos;*
- *Observar sequências, testemunhos e contextos;*
- *Determinar padrões, selecionar e classificar;*
- *Compreensão com ênfase em generalidades;*
- *Generalizações naturalistas”.*

Segundo Duarte (2009, p.7) no *“modelo de investigação qualitativa, apesar de a teoria estar igualmente presente, esta não é tão claramente “apriorística” na investigação, mas os pressupostos teóricos vão sendo descobertos e formulados à medida que se dá a incursão no campo e que se vão analisando os dados. (...) De igual forma, não existe a escolha de um número predeterminado de casos, o principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador, a generalização tem aqui um estatuto diferente, mais no sentido da replicação dos resultados noutros casos similares ou conjuntos de condições”.*

Assim, a realização do presente estudo teve como base os princípios mencionados e segundo os quais, procedeu-se à elaboração de uma entrevista numa primeira fase e posteriormente foi efetuada uma análise de conteúdo de relatórios.

a) Entrevista

Para dar início a uma investigação científica é importante começar por efetuar um levantamento de dados, ou seja efetuar uma pesquisa bibliográfica. De seguida deve ser efetuada a observação de factos ou situações que possibilitem a obtenção de maior informação e por fim obter informações ou um conjunto de dados que não eram possíveis apenas com base na pesquisa bibliográfica e na observação.

A realização de entrevistas tem sempre por base a necessidade de recolher dados que não podem ser facilmente obtidos em registos documentais e que podem assim ser facultados por determinados indivíduos.

No presente estudo tendo em conta os tipos de entrevista existentes, foi utilizada a entrevista do tipo informal, que segundo Junior, *et al.* (2011) através da citação de Gil (1999), consiste num tipo de entrevista que deve ter uma estrutura simples e cujo objetivo é a obtenção de informação. É indicado para as investigações científicas, cujas áreas o investigador não possui um conhecimento alargado, ou então que permita obter informação mais ampla do estudo em causa.

A entrevista quando articulada com outros métodos de recolha de dados, pode desempenhar um papel fundamental numa investigação científica, e para tal associamos ao nosso estudo a análise de conteúdo.

b) Análise de conteúdo

No presente estudo pretende-se recolher e analisar informação acerca do cumprimento/execução do contrato-programa no setor público da saúde, e qual o papel que o controlo interno assume neste processo. Para apurar essa informação, adotou-se o uso da técnica qualitativa da análise de conteúdo, que se releva como a forma mais indicada para estudos de documentos informativos, no caso deste estudo os relatórios de gestão, de forma sistemática, objetiva e interpretativa.

Campos (2004), através da citação de Franco (1986), refere que na análise de conteúdo, os dados obtidos tendem a ser valorizados à medida que são analisados, tomando em atenção o contexto social e histórico sob o qual foram produzidos.

Ainda segundo o mesmo autor Campos, (2004), podemos descrever a análise de conteúdo, tendo em conta as seguintes fases:

1ª - Fase de pré-exploração do material ou de observações

A partir do momento que é selecionado o universo a estudar, procede-se à recolha dos documentos a serem analisados, conhece-se o teor da informação e são extraídas informações que possam ser relevantes para a investigação.

2ª – Fase de seleção dos pontos de análise

Num estudo de natureza qualitativa, o investigador segue as questões de investigação para as quais precisa de resposta. Nesta fase, pretende-se atingir uma relação entre os objetivos de trabalho e os pontos de análise.

3ª – Processo de classificação

Nesta fase pretende-se sintetizar a relação entre os objetivos propostos e os pontos a analisar.

A presente investigação desenvolveu-se de acordo com as seguintes etapas:

FASES DA INVESTIGAÇÃO
1ª FASE – Entrevista a um membro da Administração Regional de Saúde do Norte
Atendendo ao fator de proximidade e ao facto do estudo em causa pender sobre a área da saúde, optou-se pela, realização de um grupo de questões relacionadas com o processo de Orçamentação Público e consequente, contrato-programa e controlos associados. As referidas questões (Anexo - Guião de entrevista ao Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, foram direcionadas a um dos membros do concelho de administração da Administração Regional de Saúde do Norte o qual também colabora com a presente Instituição de Ensino Superior.
2ª FASE – Recolha / estratificação de informação
Dada a análise iniciada na primeira fase e a obtenção de dados inconclusivos, pois não foi possível obter informações juntos dos membros das entidades homólogas, nomeadamente das outras Administrações Regionais de Saúde. Então, optou-se pela análise de conteúdos, de forma a conseguir uma conexão entre os contratos-programa firmados entre as Administrações Regionais de Saúde e os Hospitais E.P.E.. Selecionou-se os Hospitais da região norte de Portugal sob a supervisão da Administração Regional de Saúde do Norte atendendo ao fator de proximidade.
3ª FASE – Análise de dados
Numa última fase procedeu-se a uma análise de informação documental, utilizando as informações publicadas nas plataformas institucionais dos Hospitais E.P.E., essencialmente sobre os Relatório de Gestão. Foram analisadas as informações relativas aos contratos-programa para o ano de 2013, que constituíram as bases para o estudo. Por fim perante a informação recolhida, foram definidas categorias e consequentemente subcategorias dos principais dados, os quais foram analisados e apresentados, como é evidenciado no próximo capítulo.

Tabela 1 - Fases da Investigação

Após este procedimento, os dados obtidos foram organizados em gráficos, tabelas e analisados através da técnica da análise de conteúdo.

2.1.5 Processo de Recolha de Informação

2.1.5.1 Descrição do Universo

O universo em análise incide sobre os Hospitais que fazem parte da Administração Regional de Saúde do Norte, tendo sido selecionados os Hospitais E.P.E.. Para tal foram analisados os dados, do contrato-programa para o período de 2013 e os dados sobre o mesmo nos relatórios de Gestão/Contas, das seguintes entidades:

- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Porto, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.;
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo;
- Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.;
- Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos;
- Hospital S. João, E.P.E.;
- Hospital de Braga;
- Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E.

2.1.5.2 Recolha de Dados

Através da página institucional da Administração Regional de Saúde do Norte²³ foi obtida a lista dos Hospitais que pertencem à mesma. Pelo que em cada página institucional de cada Hospital, foram obtidos os relatórios de Gestão/Contas publicados, do primeiro ano em que ocorreu a aplicação do contrato-programa, conforme apresenta a seguinte tabela:

²³ www.arsnorte.min-saude.pt

Hospital	Publicação
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.	2013
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E	2013
Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E	2013
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.	Não disponível
Centro Hospitalar Porto, E.P.E.	2013
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	2013
Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.	2013
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	2013
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	2013
Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo	Não disponível
Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.	2013
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos	2013
Hospital S. João, E.P.E.	2013
Hospital de Braga	Não disponível
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E.	Não disponível

Tabela 2 - Relatórios Consultados.

3. Capítulo III - Discussão e Análise dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos.

Em primeiro lugar, com base nos objetivos apresentados anteriormente, são definidas categorias de análise, as quais por sua vez contemplam subcategorias, de modo a analisar a informação tendo em consideração os objetivos gerais deste estudo.

De seguida será apresentada a análise e ilustração dos dados recolhidos, nomeadamente através de gráficos. A apresentação de gráficos permitirá sintetizar a informação e evidenciar valores, para que seja possível obter uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Por fim é feita a análise descritiva e comparativa dos dados obtidos, na qual são evidenciados os resultados com maior significado e que se relacionam com os objetivos da investigação.

3.1. Análise da Divulgação por Parte dos Hospitais E.P.E., de Informação sobre o Contrato-Programa

Atendendo a que a presente análise incide sobre as informações divulgadas pelos Hospitais E.P.E., neste ponto pretende-se analisar se os Hospitais publicam informações relativas aos contratos-programa e de que forma o fazem, para responder ao objetivo proposto colocou-se a seguinte questão:

1. De que forma é que os Hospitais divulgam informação relativamente ao contrato-programa?

Face à questão apresentada foram obtidas as seguintes respostas:

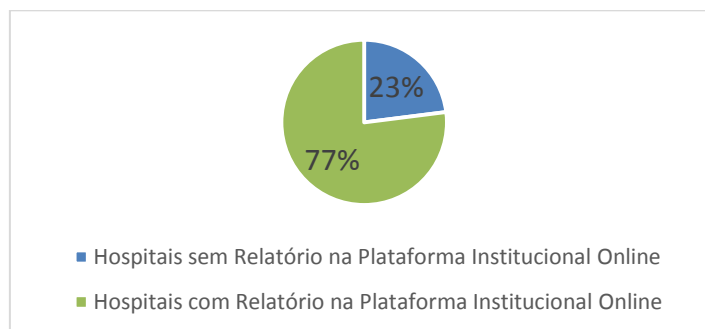


Figura 3 – Publicação de Relatórios na Plataforma Institucional Online

Perante os dados obtidos, verificou-se que quase a totalidade dos Hospitais sob a tutela da Administração Regional de Saúde do Norte (77%) publicaram o Relatório de Gestão do ano de 2013, na plataforma institucional. Contudo é de destacar que no universo em análise, o Centro Hospitalar Médio Ave E.P.E., o Hospital de Braga e o IPO Francisco Gentil, E.P.E., não disponibilizaram o Relatório de Gestão referente ao período de 2013.

Após contacto direto com as referidas instituições, de modo a obter os documentos para a dita análise, constatamos que no caso do IPO Francisco Gentil, E.P.E. foi referido que os respetivos documentos não estavam disponíveis para consulta e nos dois restantes casos não foram obtidas quaisquer respostas (Anexo – Solicitação de documentos).

Encontram-se ainda por referir o caso do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo e do Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E., sendo que no ano em análise, estas entidades não possuíam características de Hospitais E.P.E..

De ora em diante, na presente análise, será considerado um universo de dez Hospitais, os quais publicaram os relatórios de Gestão nas suas plataformas institucionais.

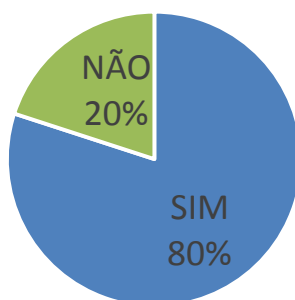


Figura 4 - Disponibilização de um Capítulo Referente ao Contrato-Programa na Estrutura do Relatório.

Perante a informação obtida, dos Hospitais que publicaram o Relatório de Gestão de 2013 (10 Hospitais), 80% possui um capítulo exclusivamente destinado ao contrato-programa. Nos restantes 20% do universo em análise, apesar de não conter nos seus relatórios de Gestão um capítulo dedicado ao contrato-programa, apresentam a informação relacionada com o mesmo, ao longo do respetivo relatório

Face à questão, sobre de que forma é que os Hospitais divulgam informação relativamente ao contrato-programa, apuramos que a mesma é efetuada através do relatório de Gestão. Os objetivos de gestão dos Hospitais E.P.E. que constituem o universo em análise são definidos em concordância com o contrato-programa.

Dada a importância atribuída ao processo de contratualização verificou-se que a maioria das entidades públicas menciona informação acerca do cumprimento das orientações legais no âmbito do contrato-programa num capítulo próprio, o que permite filtrar informação com maior facilidade.

3.2. Análise à Eficácia dos Contratos-Programa;

Atendendo a que a eficácia avalia o grau de realização dos objetivos e a relação entre os objetivos propostos e os resultados alcançados (Manual Tribunal de Contas de Portugal, 1999), e que os contratos-programa preveem a execução de determinadas metas e objetivos, sendo indicadores de eficácia dos mesmos, colocou-se a questão:

2. Será que os Hospitais cumprem o estabelecido pela “Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos” para a obtenção de incentivos?

Face à questão apresentada foram obtidas as seguintes respostas:

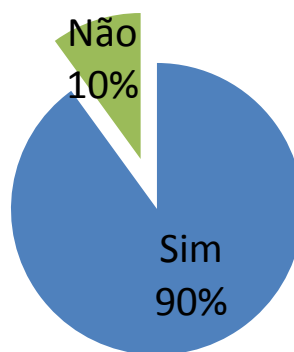


Figura 5 - São mencionados os Objetivos Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa

Na análise efetuada verificou-se que 90% da população menciona no relatório de Gestão quais são os objetivos propostos pelo contrato-programa.

Os objetivos propostos pelo contrato-programa constituem um dos elementos que formam o incentivo institucional. Desta forma a componente do incentivo segue a seguinte distribuição:

- 60% Corresponde aos objetivos institucionais comuns aos Hospitais; e
- 40% Corresponde aos objetivos institucionais de cada região.

A. Acesso		15%
	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%
	A.2 Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	3%
	A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	3%
	A.4 Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	3%
	A.5 Percentagem de Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos	3%
B. Desempenho assistencial		25%
	B.1 Demora média	4%
	B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias	4%
	B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	4%
	B.4 Percentagem de partos por cesariana	4%
	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	3%
	B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	3%
	B.7. Taxa de registo de utilização da “Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica” – Indicador referente à cirurgia segura	3%
C. Desempenho económico-financeiro		20%
	C.1 Percentagem dos custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de Custos com Pessoal	5%
	C.2 EBITDA	5%
	C.3 Acréscimo de dívida vencida	5%
	C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais	5%
Objetivos da Região		40%

Figura 6 - Objetivos Institucionais (ACSS, 2012:p.31)

De modo a atingir uma igualdade fiável, a atribuição do referido incentivo está dependente de um processo de avaliação de cada instituição, o qual tem por base, um indicador – IDG (Índice de Desempenho Global).

A composição do IDG pressupõe a existência de três limites, ou seja:

- Se o grau de cumprimento do IDG for inferior a 50%, aplica-se o grau de cumprimento ajustado de 0%;
- Se o grau de cumprimento do IDG estiver entre 50% e 120%, aplica-se o grau de cumprimento ajustado na mesma proporção;

- Se o grau de cumprimento do IDG for superior a 120%, o grau de cumprimento ajustado é também de 120%.

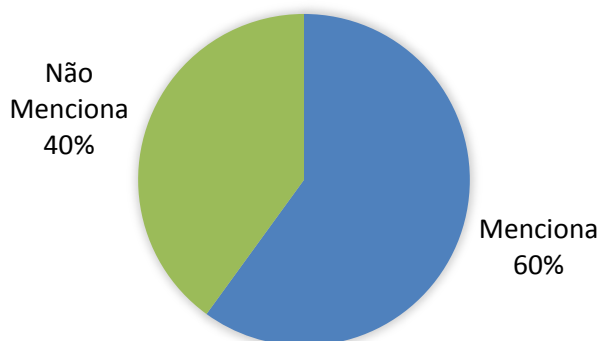


Figura 7- Taxas de Concretização dos Objetivos Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa.

Perante a análise efetuada constatou-se que 60% da população menciona as taxas de concretização dos objetivos no âmbito do contrato-programa, através do qual pudemos apurar a informação conforme apresenta o seguinte gráfico:

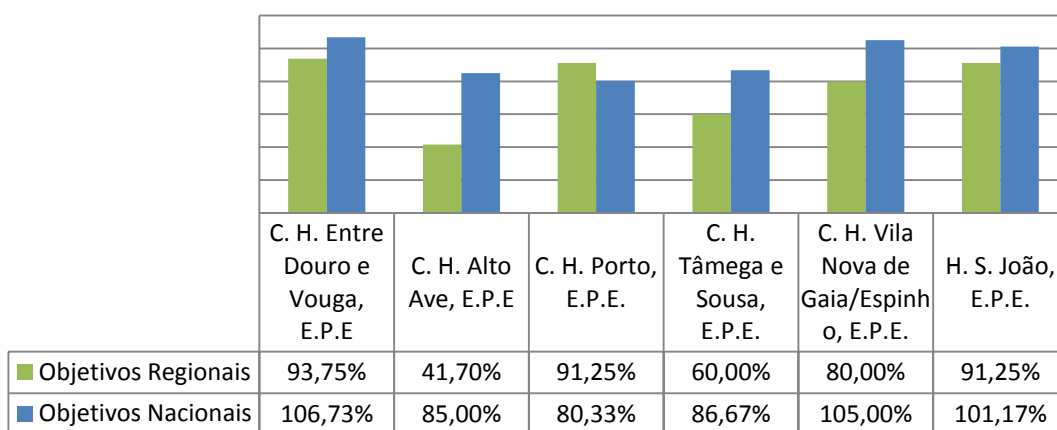


Figura 8 - Taxas de Concretização dos Objetivos Nacionais e Regionais Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa.

É importante mencionar que o grau de cumprimento do IDG está associado à percentagem de concretização da meta definida (um exemplo é: qual o grau de cumprimento para o indicador B.1 - Demora média, a qual assume uma ponderação de 4% na atribuição do incentivo), enquanto que o grau de cumprimento ajustado corresponde ao cumprimento do indicador mas com limites. Apenas contribuem para o IDG indicadores cujo grau de concretização seja superior a 50%.

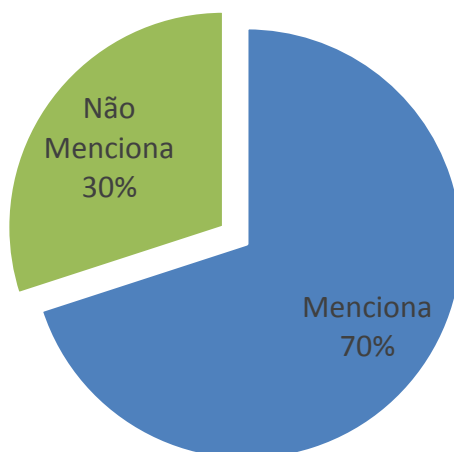


Figura 9 - Metas Relativas aos Objetivos Nacionais e Regionais Atribuídos no Âmbito do Contrato-Programa

Na análise dos relatórios do universo em estudo, constatou-se que 70% dos Hospitais mencionam as metas relativas a cada objetivo.

Resumidamente o IDG corresponde à soma da taxa de cumprimento das ponderações definidas para cada indicador (conforme a Figura 6 - Objetivos Institucionais).

A atribuição do incentivo institucional pode desta forma prever a existência de três situações:

- 1ª – Caso o IDG seja inferior a 65%, não se verifica a atribuição do incentivo e estamos perante uma avaliação de desempenho negativa;
- 2ª – Se o IDG estiver entre os 65% e os 99,9%, a atribuição do incentivo é feita na proporção do IDG; e
- 3ª – Para um IDG entre os 100% e os 120%, o incentivo será atribuído na totalidade, ou seja 5% do contrato-programa definido.

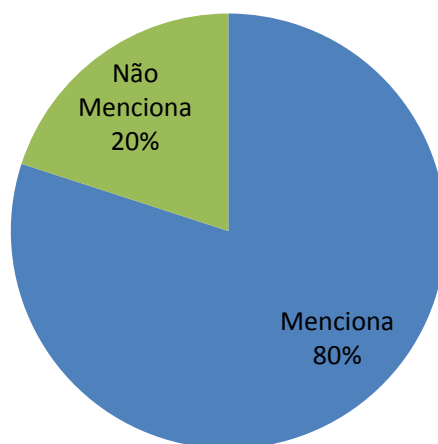


Figura 10 - Índice de Desempenho Global.

De acordo com a Figura 10 verificamos que 80% da população menciona no relatório de Gestão qual o IDG no âmbito do Contrato-Programa 2013.

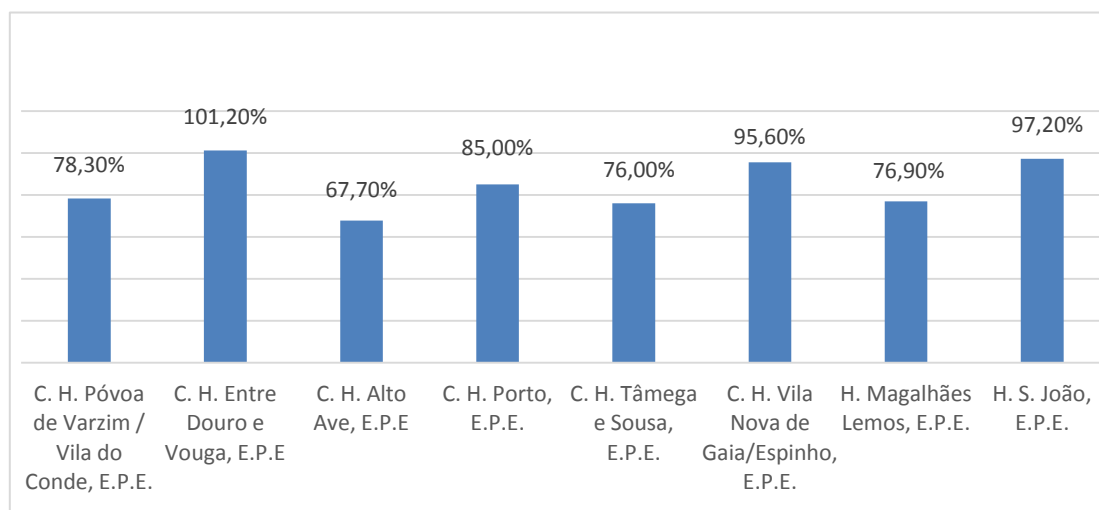


Figura 11 - Valor do Índice de Desempenho Global.

Perante esta constatação verifica-se que apenas o Centro Hospitalar (C.H.) Entre Douro e Vouga E.P.E., atingiu uma percentagem superior a 100%, o que pressupõe a atribuição do incentivo institucional definido para o mesmo na sua totalidade. Os restantes casos, apresentaram todos um IDG inferior a 100% mas superior a 50%, o que nos permite pressupor que o incentivo institucional será atribuído na proporção do IDG.

Perante uma situação de não cumprimento das metas definidas pelo contrato-programa, 80% da população em estudo define/ menciona quais as áreas mais afetadas ou as quais não atingiram os objetivos propostos.

De entre os resultados obtidos, verificou-se que as áreas mencionadas podem ser enquadradas como indicadores económicos, ou seja é nas demonstrações financeiras ou em rubricas da atividade financeira que estão presentes ou nas linhas de atividade que por sua vez fazem parte dos objetivos propostos no contrato-programa. Desta forma foi possível reunir a informação da seguinte forma, de acordo com a tabela 3:

QUAIS OS INDICADORES/RUBRICAS MAIS AFETADOS	
Indicadores Económicos	Indicadores de Objetivos
Dívida (C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.)	Tempo máximo de espera para consulta de cirurgia (C. H. Alto Ave, E.P.E.)
EBITDA (C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E. e C. H. Porto, E.P.E.;	Atividade Cirúrgica (C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.)
Faturação/ Prestação de Serviços (C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.)	Cirurgia de Ambulatório (C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.)
Proveitos (H. Magalhães Lemos, E.P.E.)	Volume de Produção (C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.)
Incumprimento de Proveitos Operacionais (C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.)	Próteses (H. S. João, E.P.E.)
	Dias de Internamento (H. S. João, E.P.E.)
	Unidade Socio Ocupacional (H. S. João, E.P.E.)
	Número de doentes com Hepatite (H. S. João, E.P.E.)
	Cirurgia Cirúrgica (H. S. João, E.P.E.)
	Número de consultas de Hipo coagulação (H. S. João, E.P.E.)

Tabela 3 - Quais os Indicadores/Rubricas Mais Afetados

Após verificar quais foram as rubricas ou indicadores que não atingiram os objetivos propostos pelo contrato-programa de 2013, é apresentado na tabela 4, as justificações para tais desvios:

JUSTIFICAÇÃO	
Resultado do Contrato-Programa	Outras
Redução Preço / Índice de Case – Mix (ICM) do contrato-programa (C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.)	Adiantamento do pagamento de salários (C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.)
Subida de preços de pagamento Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) médicos (C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.)	Acórdão 87/2013 do Tribunal de Contas (C. H. Porto, E.P.E.)
Descida de linhas de produção do contrato-programa (descida de preços) (C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.)	Redução de custos (C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.)
Quebra de preços do contrato-programa 2013 (C. H. Porto, E.P.E.)	Alteração de métodos (H. S. João, E.P.E.)
Atualização do ICM (C. H. Porto, E.P.E.)	Encerramento de camas (H. S. João, E.P.E.)
Diminuição preços nas linhas de produção (C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.)	Dificuldades logísticas (H. S. João, E.P.E.)
Diminuição do preço final da produção cirúrgica (C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.)	Não introdução de certos medicamentos no mercado (H. S. João, E.P.E.)
Descida significativa dos preços de produção (C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.)	
Decréscimo dos preços unitários (C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.)	
Diminuição dos preços do contrato-programa 2013 (H. Magalhães Lemos, E.P.E.)	

Tabela 4 – Justificações Mencionadas Para a Não Consecução das Metas Estabelecidas ou Orçamentadas.

Dos resultados obtidos, é possível referir que a maioria das justificações apresentadas pelo universo analisado, estão relacionadas diretamente com o contrato-programa, sendo de destacar o peso com a diminuição dos preços de produção em geral, o qual é apresentado pela maioria dos Hospitais. Contudo as justificações apresentadas também tem origem em outros factos, nomeadamente, o adiantamento do pagamento de salários, como menciona o C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E., ou ainda devido às condições impostas pelo Acórdão 187/2013 do TC, reintrodução do

pagamento do subsídio de férias, que como refere o C. H. Porto, E.P.E. afetou negativamente o EBITDA quando comparado com 2012²⁴.

Perante a existência de contratos-programa que preveem a execução de determinados objetivos colocou-se a questão: Será que os Hospitais cumprem o estabelecido pela “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” para a obtenção de incentivos?

Face a esta interrogação obtivemos as respostas acima apresentadas e que nos permitiram concluir:

- O contrato-programa prevê duas situações, a primeira é a atribuição de incentivos efetuada com base no estabelecimento de metas e objetivos e cujo grau de cumprimento determina o IDG e por consequente o valor do incentivo, sendo que o mesmo traduz-se sempre pelo cumprimento do contrato-programa, a segunda situação é a previsão de penalizações, atribuídas com base no incumprimento de certas situações e que dessa forma refletem o não cumprimento do contrato-programa.

A LEO (Lei nº 91/2001) mencionada que o programa orçamental contem um conjunto de indicadores que permitem avaliar a economia, eficácia e a eficiência da sua realização. De outra forma é possível referir que o conjunto de indicadores que compõe a análise do cumprimento do contrato-programa tem por base os princípios de economia, eficácia e eficiência, conforme a lei orçamental.

- Relativamente ao cumprimento das metas e objetivos estabelecidos pela “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” do Contrato-Programa para 2013 no que respeita à atribuição de incentivos e com base na informação obtida constatou-se que apenas uma entidade (C.H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.) obteve um IDG superior ou igual a 100%, o que possibilita referir que será atribuído à mesma a totalidade do incentivo previsto.

3.3. Análise à Divulgação de Incentivos e Penalizações, Atribuídas no Âmbito do Contrato-Programa

Conforme já referido anteriormente, os contratos-programa preveem duas situações, a primeira é a atribuição de incentivos efetuada com base no estabelecimento

²⁴ Relatório de Gestão do Centro Hospitalar do Porto: p.71

de metas e objetivos, e a segunda situação é a previsão de penalizações, atribuídas com base no incumprimento de pontos específicos. Deste modo face ao objetivo proposto colocou-se a questão:

3. São mencionados os incentivos e penalizações no âmbito do contrato-programa?

Face à questão apresentada foram recolhidos os seguintes dados que passaremos a analisar.

O processo de contratualização de metas de desempenho e de eficiência económico-financeira tem inerente uma maximização dos níveis de exigência e de responsabilização das entidades prestadoras.

No âmbito da análise efetuada, constatou-se que perante a atribuição do valor do contrato-programa, também é orçamentado o valor para a atribuição do incentivo institucional, o qual corresponderá ou não ao efetivamente obtido, em detrimento da percentagem do IDG.

Desta forma verificou-se que de entre os dez Hospitais analisados 70% menciona qual é o valor do incentivo institucional previsto, com a exceção do C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. Barcelos e H. S. João, E.P.E..

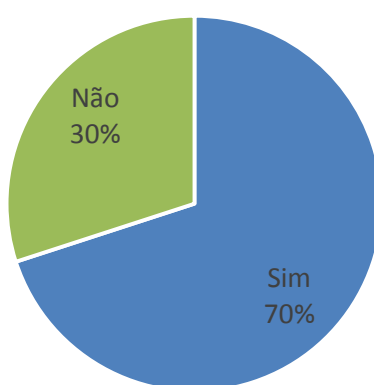


Figura 12 – Incentivo Previsto no Âmbito do Contrato-Programa.

Sendo uma rubrica que integra o contrato-programa dos Hospitais E.P.E. e que configura um apoio financeiro através de um influxo de verbas para os mesmos, que deve estar refletida nas demonstrações financeiras das respetivas entidades. Contudo

perante a análise efetuada apenas não foi possível obter nenhuma informação em concreto e que possibilite uma conclusão sobre o mesmo, contudo o C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E., refere que o Incentivo Institucional é apresentado na conta nº 712184 do POCMS sob a forma de Plano de Convergência²⁵.

De entre os três Hospitais acima referidos, apenas o C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., não faz qualquer menção ou explicita qual o valor do incentivo institucional para o ano de 2013, quer seja como já foi referido o valor orçamentado, ou o valor real obtido consoante o IDG obtido. Assim sendo, 90% da população em estudo com base no seu contrato-programa para o ano de 2013, refere qual é o valor do incentivo institucional com base na percentagem do IDG.

Um exemplo perçetível desta situação é o caso do C.H. Tâmega e Sousa, ou seja, pela análise efetuada ao relatório de Gestão do ano de 2013 obtivemos a seguinte informação:

- Valor do contrato-programa (CP): 72 046 408,94€ (p.87)
- Incentivo Previsto: 3 602 320,45€ (5%²⁶ de 72 046 408,94€) (p.87)
- Incentivo Realizado: 2 737 805,14€ (p.88:89)
- Índice de desempenho global (IDG): 76% (p.8)

Uma vez que o cálculo do incentivo institucional corresponde a 5% do valor do contrato-programa mas na proporção do IDG, obtemos o seguinte resultado:

- Incentivo= 72.046.408,94€ x 5% x 76%, logo o incentivo apurado é de 2.737.805,14€ (página 89 do respetivo relatório - Quadro 59: Índice de Desempenho Global - Metas e valores realizados)

²⁵ “Incentivos institucionais (conta POCMS 712184 – Plano de convergência) – variação de 15,3% face a 2012. Estão aqui registados os valores de incentivos institucionais previstos” (Relatório de Gestão do CHTS 2013:p:115)

²⁶ (ACSS, 2012: p.29:31)

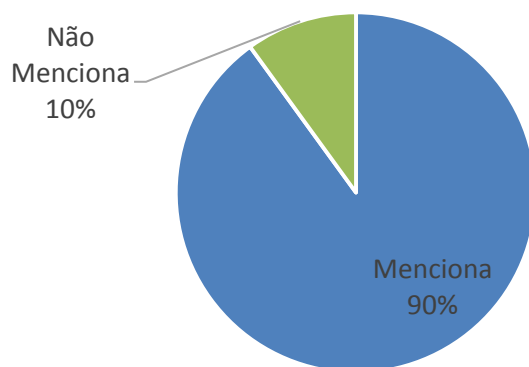


Figura 13 - Incentivo Atribuído no Âmbito do Contrato-Programa.

Procurando, por um lado aumentar os níveis de exigência e de rigor e por outro, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, a ACSS define através da “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” no âmbito do Contrato-Programa 2013, a aplicação de penalizações associadas ao:

- *“Incumprimento dos prazos de reporte de informação que estão definidos, quer seja informação de produção, económico-financeira ou clinico-administrativa;*
- *Incumprimento dos prazos definidos para a faturação do contrato-programa;*
- *Incumprimento no âmbito do funcionamento dos Programas de acesso SIGIC e CTH” (ACSS, 2012: p.34:35).*

O total das referidas penalizações, não poderá ser superior a 1% do valor global atribuído ao contrato-programa estabelecido com a instituição para o ano de 2013.

“Para além destas penalizações, e sendo os Hospitais/ Centros Hospitalares e as ULS responsáveis pela faturação e cobrança a terceiros responsáveis, com exceção dos subsistemas públicos de saúde, ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas, cujo pagamento é efetuado através do contrato-programa (sendo esta uma receita extra - contrato), importa confinar a possível substituição de doentes do SNS por doentes de terceiros responsáveis.

Assim, é implementada uma penalização em patamares: sempre que as instituições faturem mais de 5% do valor do orçamento do contrato-programa a

terceiros responsáveis, entregam parte desse valor à ARS respetivamente através de encontro de contas.

Existem três patamares para esta eventual penalização:

- *Até 5% de faturação do valor do orçamento do contrato-programa a terceiros responsáveis, a entidade retém 100% do valor;*
- *Entre 5% e 7,5% de faturação do valor do orçamento do contrato-programa a terceiros responsáveis, a entidade entrega 20% da receita à respetiva ARS;*
- *Faturação a terceiros responsáveis superior a 7,5% do valor do orçamento do contrato-programa, a entidade entrega 40% da receita à respetiva ARS” (ACSS, 2012: p.35).*

Perante os factos apresentados, constatou-se que nenhuma das entidades menciona no relatório de Gestão do ano de 2013 a existência de qualquer penalização atribuída pela ACSS ou pela Administração Regional de Saúde do Norte no âmbito do contrato-programa (penalizações estabelecidas no Contrato-Programa 2013). Pelo que não nos foi possível apurar qualquer dado referente à existência de penalizações, montante ou causas para a sua existência.

Como foi referido, um dos critérios para a atribuição de penalizações no âmbito do contrato-programa é o montante de faturação emitido pelas respetivas questões.

Na sequência do contrato-programa em vigor, os valores obtidos na prestação de serviços pelos Hospitais que fazem parte da análise em questão, verifica-se que o mesmo encontra-se dividido em duas partes. Ou seja, o total da prestação de serviços é composto na sua generalidade pela prestação de serviços às entidades públicas do SNS (prestação de serviços para a ACSS) e pela prestação de serviços às entidades que não pertencem ao SNS (ou seja entidades privadas, sistemas de proteção privados como seguradoras, entre outras).

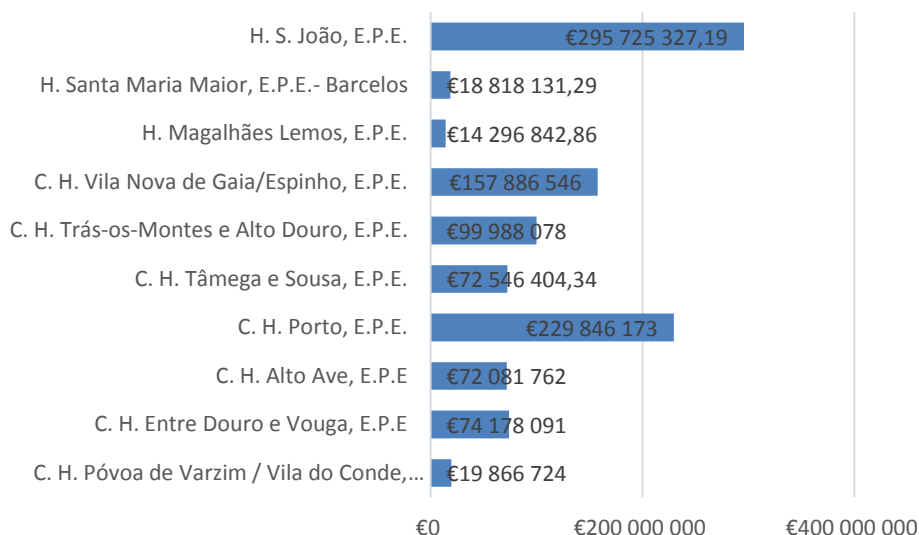


Figura 14 - Montantes Referentes às Prestações de Serviços Faturadas

Uma vez que os Hospitais E.P.E. em análise prestaram serviços em média no valor 105 mil milhões de euros (105 523 407,97 €), verifica-se que 60% da prestação de serviços está relacionado com os serviços prestados às entidades do estado (ou seja a maior parte deste valor é faturado à ACSS, em média cerca de 62 mil milhões de euros e que apenas cerca de 4% corresponde às entidades não pertencentes ao SNS, com uma média de 3,6 mil milhões de euros).

Importa referir que, o C. H. Porto, E.P.E. e Hospital São João, E.P.E., não mencionaram valores que pudessem fazer parte da análise referida.

Na sequência da referida análise, deparamo-nos com o princípio de Orçamento - Global, estabelecido na “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” no âmbito do Contrato-Programa 2013, o qual tem por base a contenção e racionalização de custos e que segundo o mesmo, “*os proveitos provenientes dos contratos programa não podem ser superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da atividade contratada*” (ACSS, 2012: p.10).

Importa assim destacar que no seguimento da análise em causa, verificou-se que o C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., em 2013 faturou um total de € 157 886 546 de prestação de serviços, sendo que o valor orçamentado era de € 155 125 070, do qual resulta uma taxa de execução orçamental de 101,78%.

Contudo o C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., no relatório de Gestão de 2013, menciona que o volume de produção superior ao contratado, em cerca de 1,6 milhões de euros, (produção excedente) não pôde ser faturada, tendo em conta o princípio do Orçamento-Global.

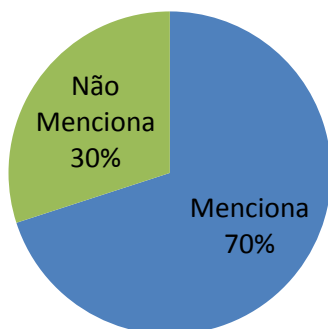


Figura 15- Não Faturação da Totalidade do Contrato-Programa

Perante o universo existente, 7 dos 10 Hospitais mencionam que no término do ano de 2013 existiam valores pendentes de faturação no âmbito do contrato-programa para o mesmo ano.

Relativamente à rubrica do Balanço, Vendas e Prestação de Serviços, em específico nas Prestação de Serviços, verificou-se que todos os Hospitais em análise mencionaram qual o total da prestação de serviços faturada no ano de 2013.

Dos dados apresentados é possível destacar o C. H. Porto E.P.E., o C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. e o H. S. João, E.P.E., uma vez que os valores mencionados ultrapassaram os 150 mil milhões de euros, sendo que no caso do Hospital São João, E.P.E. chegou quase aos 300 mil milhões de euros.

Nesta sequência, tornou-se fundamental apurar quais os motivos apresentados para a existência de valores por faturar, tendo sido apurada a seguinte informação:

MOTIVO APRESENTADO PARA A NÃO FATURAÇÃO DA TOTALIDADE DO CONTRATO-PROGRAMA
- Impossibilidade de identificação de doentes, SNS (C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E)
- Rigidez na segmentação das linhas de produção (C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E)
- Faturação a companhias de seguros (C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E)
- Anulação de faturação à ACSS (C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E)
- Ausência de registos de procedimentos (C. H. Alto Ave, E.P.E)
- Codificação não concluída (C. H. Alto Ave, E.P.E)
- Falta de orientação para faturação (C. H. Porto, E.P.E.)
- Programa de responsabilidade financeira da Administração Regional de Saúde do Norte não foram objeto de faturação – por falta de orientações à data do fecho de 2012 (C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.)
- Metodologia fixada pela ACSS (H. Magalhães Lemos, E.P.E.)
- Especialização serviços em dezembro (H. Magalhães Lemos, E.P.E.)
- Demora no fornecimento de informação de faturação (H. S. João, E.P.E.)

Tabela 5 - Motivo Apresentado Para a Não Faturação da Totalidade do Contrato-Programa

Face à tabela apresentada é possível constatar que o principal motivo para a não faturação, foi a falta de orientações por parte das entidades responsáveis pela monitorização do contrato-programa (nomeadamente ACSS e Administração Regional de Saúde do Norte).

Resumidamente, em resposta à questão se são mencionados os incentivos e penalizações atribuídos no âmbito do contrato-programa, verificou-se que 90% da população em estudo refere qual é o valor do incentivo institucional com base na percentagem do IDG e que em nenhum dos relatórios de Gestão analisados foi referida a existência de penalizações.

Contudo um dos indícios que pressupõe a atribuição de penalizações no âmbito do contrato-programa é o incumprimento de prazos estabelecidos para a faturação do contrato-programa. Face a esses indícios e perante o universo existente verificou-se que sete dos dez Hospitais mencionam que no término do ano de 2013 existiam valores

pendentes de faturação no âmbito do contrato-programa para o mesmo ano. Constatou-se ainda que o principal motivo para a não faturação, foi a falta de orientações por parte das entidades responsáveis pela monitorização do contrato-programa (nomeadamente ACSS e Administração Regional de Saúde do Norte).

3.4. Análise Sobre Se a Auditoria Externa Menciona Factos que Evidenciem Indícios de Aplicação de Penalizações Associadas ao Contrato-Programa

Perante a previsão de aplicação de penalizações pela “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” e sendo o objetivo da CLC exprimir a opinião do revisor oficial de contas sobre a apresentação de uma imagem verdadeira e apropriada da entidade, colocou-se a seguinte questão:

4. De que forma é que a auditoria externa, através da CLC, se pronuncia quanto à aplicação de penalizações associadas ao contrato-programa?

Face à questão apresentada foram obtidas as seguintes respostas:

De entre os 10 Hospitais que compõem a população em estudo, apenas o C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E. não dispõe na página institucional a CLC²⁷ do ano de 2013. Desta forma e após a análise da CLC das restantes entidades, verificou-se que foram mencionadas reservas ou ênfases relacionadas direta ou indiretamente com o contrato-programa, com a exceção do C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E. e H. Magalhães Lemos, E.P.E..

Após a análise das CLC disponíveis, da população alvo, foi apurada a seguinte informação:

²⁷ “A certificação legal das contas exprime a opinião do revisor oficial de contas de que as demonstrações financeiras apresentam ou não, de forma verdadeira e apropriada, a posição financeira da empresa ou de outra entidade, bem como os resultados das suas operações, relativamente à data e ao período a que as mesmas se referem” (Ordem dos advogados, 2011)

QUAIS OS PRINCIPAIS TÓPICOS/PROCESSOS/ATIVIDADES MENCIONADOS?	ENTIDADE
1 – Acréscimo de proveitos de <i>rappel</i> a receber por confirmar	C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E -
2 – Proveito do contrato-programa (2013/2015)	C. H. Alto Ave, E.P.E
3 – Pagamentos no período complementar	C. H. Alto Ave, E.P.E
4 – Não confirmação de saldos de contas correntes	C. H. Alto Ave, E.P.E
5 – Construção de saldos	C. H. Porto, E.P.E.
6 – Falta de conciliação de saldos com entidades do SNS	C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
7 – Reserva da CLC 2012 deixa de ter aplicação	C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
8 – Confirmação de saldos	H. Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos
9 – Adiantamento do contrato-programa	H. S. João, E.P.E.
10 – Alterações ocorridas no sistema de faturação	H. S. João, E.P.E.

Tabela 6 – Principais Tópicos/Processos/Atividades Mencionados?

Perante a informação obtida, foi efetuada uma síntese dos pontos mais relevantes e que vão de encontro ao tema da presente dissertação, pelo que de seguida será efetuada uma breve descrição/transcrição dos mesmos.

1) Acréscimo de proveitos de *rappel* a receber, por confirmar

Conforme o relatório de Gestão do ano de 2013 (página 116), o C.H. Entre Douro e Vouga por determinação da ACSS “...no exercício anterior, procedeu ao registo em acréscimo de proveitos do *rappel* a receber de fornecedores, no valor de 67884€”, no entanto no ano de 2013 a mesma informação não foi possível ser validada uma vez que não ocorreu o recebimento integral do mesmo. Assim e por afetar o ativo da organização, terá o mesmo sido considerado como uma reserva²⁸.

²⁸ “A existência de uma reserva na CLC pressupõe que existem falhas na informação prestada pelas empresas e para tal poderá afetar a opinião (positiva ou não) do ROC”. (<http://www.infocontab.com.pt/download/revinfocontab/2006/02/CLC.pdf>, consultado em Maio de 2015)

2) Proveitos do contrato-programa (2013/2015) e 3) – Pagamento no período complementar

Relativamente às ênfases²⁹, apresentadas importa mencionar dois factos:

- O registo dos proveitos obtidos no âmbito do contrato-programa (2013/2015) sem orientação da Administração Regional de Saúde do Norte;
- A existência de registos em 2013 de movimentos ocorridos no ano de 2014, relacionados com pagamento após o período designado para o efeito (período complementar).

4) Não confirmação de saldos de contas correntes

Para o ano de 2013 o Revisor Oficial de Contas (ROC) do C. H. Alto Ave, E.P.E constituiu uma reserva, pelo facto da impossibilidade de confirmação de saldos de algumas contas, nomeadamente Instituições do Estado.

5) Construção de saldos

O revisor/auditor do C. H. Porto, E.P.E.³⁰, identificou como ênfase o resultado do procedimento de confirmação de saldos, ou seja, apurou que alguns dos clientes que pertencem às instituições do Ministério da Saúde não identificaram faturas que foram emitidas desde o ano de 2009 e dessa forma também não tem sido pagas pelas mesmas.

6) Falta de conciliação de saldos com entidades do SNS

O auditor/ revisor do C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., criou uma ênfase com base na conciliação de saldos efetuada no final do ano de 2013, pelo facto de existirem valores por confirmar por parte das Entidades do SNS. Desta forma os respetivos valores não puderam ser validados.

²⁹ “As ênfases destinam-se a destacar no relatório de revisão/auditoria matérias que afetam as demonstrações financeiras, mas que não afetam a opinião do revisor/auditor porque o respetivo tratamento e divulgação no Anexo ao Balanço e à Demonstração dos Resultados merecem a sua concordância” (<http://www.infocontab.com.pt/download/revinfocontab/2006/02/CLC.pdf>, consultado em Maio de 2015)

³⁰ Cf. Certificação legal de contas constante no relatório de gestão do C. H. Porto, E.P.E.: p.124

7) Reserva da CLC 2012 deixa de ter aplicação

O auditor/revisor do C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., chama a atenção para o facto de no ano de 2013, já não ser aplicável a reserva do exercício anterior, a qual referia que haviam sido registados movimentos após a data o que causara uma diminuição significativa nos ativos e passivos. Importa ainda referir que o registo de operações ocorrido após a data do balanço decorreu de uma indicação superior da ACSS.

8) Confirmação de saldos

O auditor/revisor do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. Barcelos, refere que não foi possível confirmar o saldo da conta de clientes pertencentes às Instituições do Estado, porque uma parte considerável das entidades em questão não respondeu à circularização realizada. Por este motivo o auditor/revisor não pode proceder à validação e desenvolvimento de procedimentos alternativos.

9) Adiantamentos do contrato-programa

O auditor/revisor do H. S. João, E.P.E., menciona na CLC que os adiantamentos no âmbito do contrato-programa foram registados no passivo da instituição.

10) Alterações ocorridas no sistema de faturação

O auditor/revisor do H. S. João, E.P.E., através das ênfases referidas na CLC, chama a atenção para as consequências decorrentes das alterações ocorridas no sistema de faturação. Segundo o mesmo, o H. S. João, E.P.E. não emitiu em tempo útil a faturação de toda a produção realizada no ano de 2013 no âmbito do SNS. Deste modo os rendimentos relacionados com essa produção foram considerados como Acréscimo de Proveitos.

Atendendo ao exposto e à questão colocada, verificou-se nas CLC a existência de factos sujeitos a penalizações no âmbito do contrato-programa, nomeadamente a existência situações que não traduzem uma imagem fidedigna das organizações.

3.5.Verificação Sobre a Referência a Mecanismos de Controlo Interno

Qualquer organização pública ou privada que possua controlo interno precisa de adotar mecanismos de controlo apropriados, de modo a que seja possível garantir a eficiência, eficácia e economia da sua atividade (Rocha, 2013: p.2), atendendo ao objetivo proposto e para responder ao mesmo colocou-se a questão:

5. É evidenciada a existência de mecanismos de controlo interno?

Face à questão apresentada foram obtidas as seguintes respostas:

Face ao objetivo definido, a análise pretendida incide sobre os relatórios de Gestão dos Hospitais que constituem a população em estudo, tendo sido observados para o efeito aspetos relacionados com a existência de um Sistema de Controlo Interno e a existência de manuais e procedimentos associados. Deste modo os documentos de suporte para os dados apresentados neste objetivo foram o Relatório de Gestão e Relatório de Governo Societário.

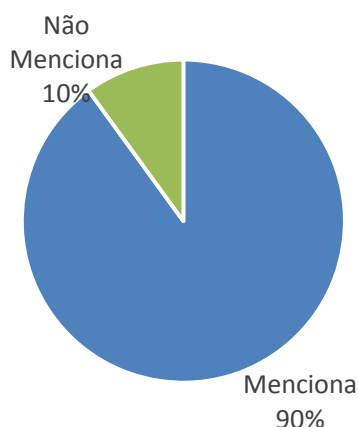


Figura 16 - Referência à Existência e Aplicação de Controlo Interno

O Decreto-Lei nº 166/98, de 25 de junho à semelhança do POCMS no ponto 2.9., prevê a existência de um Sistema de Controlo Interno nas instituições públicas (Pinto, *et al.* 2013).

Face à análise efetuada à população em estudo, constatou-se que grande parte dos Hospitais (90%) faz menção à existência de controlo interno nas suas instituições. A presença de um Sistema de Controlo Interno no caso do C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E. é evidenciada através da existência de um modelo de controlo interno, composto por três componentes, Gestão de Risco, Auditoria Interna e Manual de Procedimentos

Administrativos e Contabilísticos. Nos restantes casos foi considerada a informação constante nas tabelas anexas ao capítulo do “Cumprimento dos Princípios de Bom Governo”.

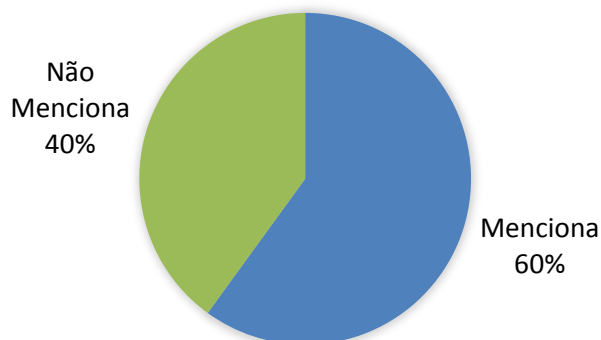


Figura 17 - Existência de um Manual de Boas Práticas.

A DRA410 (OROC, 2000) refere que o Sistema de Controlo Interno compreende “*todas as políticas e procedimentos (controles internos) adotados pela gestão de uma entidade que contribuam para a obtenção dos objetivos da gestão de assegurar, tanto quanto praticável, a condução ordenada e eficiente do seu negócio (...).* Em conformidade com o que é referido pela DRA 410, a existência de um manual de boas práticas pressupõe a existência de um Sistema de Controlo Interno.

Segundo as informações obtidas e de acordo com a figura acima, verificou-se que seis dos dez Hospitais em estudo fazem referência à implementação de um Manual de Boas Práticas. O manual em questão em alguns dos casos é de âmbito geral, ou seja com aplicação à generalidade das áreas e funções das instituições, ou designado como Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos. No caso do C.H. de Vila Nova de Gaia E.P.E., o referido manual constitui um mecanismo para mitigar o risco e no caso do H. Magalhães Lemos, E.P.E., encontra-se integrado no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

O IFAC (2006) reforça importância da existência deste manual num Sistema de Controlo Interno ao referir que o Sistema de Controlo Interno é classificado como o “*plano de organização e todos os métodos e procedimentos adotados pela administração de uma entidade (...) incluindo a aderência às políticas da administração, (...) e plenitude dos registos contabilísticos (...)*”.

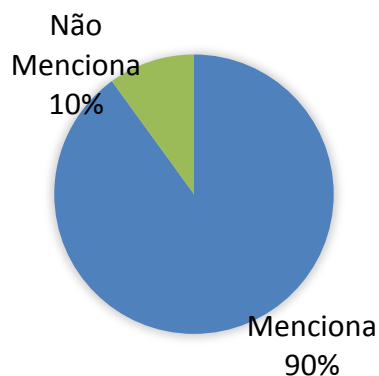


Figura 18 - Existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O IFAC (2006) apresenta na sua definição de Sistema de Controlo Interno a necessidade de “... prevenção e deteção de fraudes e erros, a precisão ...”.

À semelhança das observações anteriores, constatou-se que grande parte da população em estudo cumpre com os preceitos base do Sistema de Controlo Interno, nomeadamente a existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

O C.H. Alto Ave E.P.E. acrescenta ainda que o Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas “ trata-se de um instrumento de gestão de risco, no sentido em que identifica os principais pontos críticos para as diferentes áreas de atividade, associando as medidas preventivas correspondentes, de forma a mitigar os riscos inerentes.”³¹

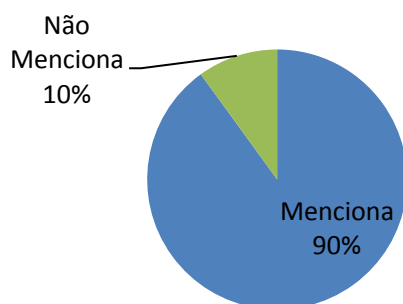


Figura 19 - Referência à Existência de um Auditor Interno

Num Sistema de Controlo Interno o papel do Auditor Interno assume grande relevância na medida em que poderá ser o guia do sucesso de todo o processo.

³¹ Relatório de Gestão do C. H. Alto Ave, E.P.E.: p.112

Perante a informação apurada, verificou-se que 90% dos Hospitais em estudo referem a existência de um Auditor Interno e como membro interno da organização.

A existência de um Auditor Interno permite-nos associar a existência de um departamento de auditoria interna, pois segundo a informação divulgada pelo C.H. Porto, E.P.E., em 2013 aguardavam pela autorização do Ministério da Saúde para contratar dois técnicos de auditoria interna, por forma a poderem criar o departamento de auditoria interna.

Perante a necessidade de apurar se são mencionados mecanismos de controlo interno verificou-se que 90% do universo em análise menciona a existência de controlo interno.

Associado à existência de controlo interno e em conformidade com o que é referido pela DRA 410, apurou-se a existência de um manual de boas práticas em 60% do universo em análise, o que nos permite pressupor a existência de um Sistema de Controlo Interno.

Em sequência verificou-se ainda que 90% dos Hospitais em estudo referem a existência de um Auditor Interno.

4. Capítulo IV - Conclusões

Em virtude dos factos apresentados, neste ponto serão apresentadas as conclusões da análise efetuada, as limitações decorrentes e sugestões para trabalhos futuros.

4.1. Conclusões

O sistema de saúde em Portugal assume uma importante função no desenvolvimento económico e social, na medida em que os serviços prestados pelo mesmo influenciam não só o bem-estar como também a produtividade e até a educação da população.

Para acompanhar a constante evolução da sociedade e da população em geral, o sistema de saúde português tem sido sujeito a diversas alterações. Atualmente tem-se verificado uma maior necessidade de restrição orçamental, à qual é imediatamente associada a redução de custos e de contenção de despesas e principalmente a adoção de medidas que permitam aumentar a eficiência, do referido setor.

“O atual quadro de restrição orçamental condiciona significativamente os recursos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com consequências sobre o valor que pode ser afeto à contratualização dos serviços prestados pelos Hospitais e ULS. A contenção dos gastos públicos impõe um rigor acrescido e responsabilização na gestão do bem público” (ACSS, 2012: p.7).

O contrato-programa no setor público da saúde, pretende estabelecer uma estratégia a seguir e deve reunir “ *a definição de objetivos estratégicos, principais linhas de ação, planos de investimentos e projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade prevista que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar*” (ACSS, 2012: p4).

Perante a forte restrição económica referida, o contrato-programa para o setor público da saúde contempla a existência de um sistema de penalizações com efeito no valor do financiamento a atribuir às entidades, perante o incumprimento de diversas obrigações informativas. Contudo o TC (2013: p.27) numa auditoria realizada ao IPO, E.P.E., apurou que nada era referido quanto à existência de situações irregulares

associadas ao sistema de penalizações. Para reforçar este facto também Diniz (2013: p.89) menciona que o atual sistema de incentivos não é perceptível o que impossibilita concluir sobre o cumprimento ou não do referido processo.

Deste modo o presente trabalho pretendeu verificar se o setor público da saúde respeita os princípios de economia, eficiência e eficácia, de um modo geral, pretende-se perceber se as penalizações e incentivos associados aos contratos-programa são cumpridos na sua totalidade.

Neste sentido e numa primeira fase optou-se pela realização de uma entrevista com base no processo de Orçamentação Público e consequente, contrato-programa e controlos associados. Contudo os dados obtidos foram inconclusivos e optou-se pela análise de conteúdos numa segunda fase, de forma a conseguir uma conexão entre os contratos-programa firmados entre as Administrações Regionais de Saúde e os Hospitais E.P.E.. Para tal procedeu-se à recolha da informação descrita nos relatórios de Gestão dos quinze Hospitais que pertencem à Administração Regional de Saúde do Norte.

Perante a análise proposta verificou-se que não estavam disponíveis a totalidade dos relatórios do universo em análise, ou seja apenas 77% publicaram o Relatório de Gestão do ano de 2013 na plataforma institucional, tendo sido considerados para a restante análise apenas os Hospitais que publicaram o Relatório de Gestão.

Face à questão, sobre de que forma é que os Hospitais divulgam informação relativamente ao contrato-programa, apuramos que a mesma é efetuada através do relatório de Gestão. Os objetivos de gestão dos Hospitais E.P.E. que constituem o universo em análise são definidos em concordância com o contrato-programa.

Dada a importância atribuída ao processo de contratualização verificou-se que a maioria das entidades publica informação acerca do cumprimento das orientações legais no âmbito do contrato-programa num capítulo próprio, o que permite localizar a informação com maior facilidade.

Uma vez que os contratos-programa preveem a execução de determinados objetivos, surgiu a questão se os Hospitais cumprem o estabelecido pela “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” para a obtenção de incentivos.

Perante esta interrogação verificamos que em 90% dos relatórios analisados foram mencionados os objetivos propostos, em 70%, as metas correspondentes a cada objetivo e em 83% a taxa de concretização tanto dos objetivos regionais como nacionais, no âmbito do contrato-programa. A taxa de concretização referida contribui para o apuramento do IDG, o qual é composto em 60% pelos objetivos nacionais e em 40% pelos objetivos regionais.

Perante a não consecução da metas propostas pelo contrato-programa, verificou-se que 80% do universo apresenta uma justificação para tal facto.

A obtenção destes dados permitiu-nos assim concluir que o contrato-programa prevê duas situações, a primeira é a atribuição de incentivos efetuada com base no estabelecimento de metas e objetivos e cujo grau de cumprimento determina o IDG e por consequente o valor do incentivo, sendo que o mesmo traduz-se sempre pelo cumprimento do contrato-programa, a segunda situação é a previsão de penalizações, atribuídas com base no incumprimento de certas situações e que dessa forma refletem o não cumprimento do contrato-programa.

Quanto ao cumprimento das metas e objetivos estabelecidos pela metodologia do contrato-programa para 2013 no que respeita à atribuição de incentivos e com base na informação obtida, constatou-se que apenas uma entidade (C.H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.) obteve um IDG superior ou igual a 100%, o que possibilita referir que será atribuído à mesma a totalidade do incentivo previsto.

Relativamente aos incentivos institucionais atribuídos no âmbito do contrato-programa, verificou-se que 90% da população em estudo refere qual é o valor do incentivo institucional com base na percentagem do IDG, no entanto não foi possível apurar em que rubrica das demonstrações financeiras é este apoio refletido.

A ACSS define através da “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*” no âmbito do contrato-programa, a aplicação de penalizações. Perante os factos apresentados, constatou-se que nenhuma das entidades menciona no relatório de Gestão do ano de 2013 a existência de qualquer penalização atribuída pela ACSS ou pela Administração Regional de Saúde do Norte no âmbito do contrato-programa (penalizações estabelecidas no Contrato-Programa 2013). Pelo que não nos foi possível

apurar qualquer dado referente à existência de penalizações, montante ou causas para a sua existência.

Contudo um dos indícios que pressupõe a atribuição de penalizações no âmbito do contrato-programa é o incumprimento de prazos estabelecidos para a faturação do contrato-programa. Face a esses indícios e perante o universo existente verificou-se que sete dos dez Hospitais mencionam que no término do ano de 2013 existiam valores pendentes de faturação no âmbito do contrato-programa para o mesmo ano. Constatou-se ainda que o principal motivo para a não faturação, foi a falta de orientações por parte das entidades responsáveis pela monitorização do contrato-programa (nomeadamente ACSS e Administração Regional de Saúde do Norte).

O controlo interno tem como objetivo garantir informação íntegra e fidedigna, e através da CLC o ROC dá o seu parecer quanto à veracidade da posição financeira da entidade. Deste modo, verificou-se que apenas um dos Hospitais não publicou em anexo ao relatório de Gestão a referida CLC.

Dos dados recolhidos, as principais razões identificadas como reservas ou ênfases, com direta interferência no cumprimento da faturação no âmbito do contrato-programa são:

- Falta de confirmação de saldos de conta corrente;
- Alterações decorrentes no sistema de faturação; e
- Divergência no registo de proveitos e adiantamentos do contrato-programa.

Face à informação descrita verificou-se que nas CLC foram referidos factos sujeitos a penalizações no âmbito do contrato-programa, nomeadamente a existência situações que não traduzem uma imagem fidedigna das organizações.

Como refere Pinto, *et al.* (2013), um sistema de controlo é essencial para qualquer organização, na medida em que o mesmo proporcionará segurança aos órgãos de gestão (...). Dada a sua relevância e obrigatoriedade no setor pretendeu-se apurar se a população em estudo fazia referência à existência de mecanismos de controlo interno, tendo apurado que 90% respondem de forma positiva a esta situação.

Associado à existência de controlo interno e em conformidade com o que é referido pela DRA 410, apurou-se a existência de um manual de boas práticas em 60%

do universo em análise, o que nos permite pressupor a existência de um Sistema de Controlo Interno. Nessa sequência, verificou-se ainda que 90% dos Hospitais em estudo referem a existência de um Auditor Interno.

Face à informação obtida, podemos subentender a existência efetiva de um Sistema de Controlo Interno, segundo o qual é implementado um manual de boas práticas, que por sua vez contempla procedimentos relativos ao processo de faturação.

Desta forma, apesar de todos os Hospitais adotarem Sistema de Controlo Interno continuam a detetar-se falhas e atrasos no processo de faturação como verificamos nas informações mencionadas pela auditoria externa através das CLC, o que nos permite entender que existem problemas de implementação do controlo interno.

Em síntese, qualquer organização pública ou privada que possua controlo interno precisa de adotar mecanismos de controlo apropriados, de modo a que seja possível garantir a eficiência, eficácia e economia da sua atividade (Rocha, 2013: p.2). Perante o universo analisado, nenhum dos Hospitais mencionou a existência de penalizações atribuídas no âmbito do contrato-programa, contrapondo em parte os dados obtidos na nossa análise, que apresentam motivos para a sua atribuição.

Sendo a eficácia aferida pela capacidade de obtenção dos meios necessários que permitam à organização implementar as suas políticas e alcançar os seus objetivos, permite-nos concluir que a mesma não vai de encontro com as informações obtidas na análise efetuada, pois foram detetados indícios de falhas nos procedimentos adotados.

De acordo com Fachada (2014: p.53:54) pode o Sistema de Controlo Interno com os objetivos pretendidos e planeados, garantir assim a boa gestão dos dinheiros públicos e se os mesmos estão a ser utilizados cumprindo o princípio da economia, eficácia e eficiência. Deste modo, a incerteza relacionada com os contratos-programa, a não existência de um modelo linear para a divulgação pública dos resultados no âmbito do contrato-programa, e ainda o facto de a totalidade das entidades não ser obrigada a emitir essa publicação, conduz à possibilidade de que não estejam a ser cumpridos os princípios da economia, eficácia e eficiência. Perante tais possibilidades, face ao universo analisado e à informação disponível é possível referir que não são atribuídas as penalizações previstas pelo contrato-programa.

4.2.Limitações do Estudo

A principal limitação deste estudo prende-se com a impossibilidade de obtenção de dados diretos através da entrevista efetuada na primeira fase, cuja informação obtida permitiria complementar e validar a análise de conteúdo, nomeadamente dos relatórios.

Acrescenta-se ainda, a não obtenção dos relatórios de três Hospitais, embora tenha sido efetuado o pedido dos mesmos via *email*, sendo que em dois dos casos não foram obtidas quaisquer respostas e no caso do IPO referiram que o mesmo ainda não estava disponível para publicação (Anexo – Solicitação de documentos).

Dada a não obrigação de publicação de alguns documentos internos das entidades objeto de análise, nomeadamente os relatórios de auditoria interna não foi possível obter dados mais precisos sobre o sistema e medidas de controlo interno existentes em cada uma. O acesso a essas informações poderiam permitir apresentar conclusões mais concretas e detalhas sobre o funcionamento do Sistema de Controlo Interno, eventuais riscos detetados e até mesmo sobre a menção da existência de penalizações associadas ao contrato-programa.

Este último facto, aliado às respostas obtidas na entrevista e à não obtenção de relatórios de três entidades, não permitiu obter respostas suficientes para se poder concluir se efetivamente são ou não aplicadas penalizações pelo incumprimento orçamental. Desta forma as conclusões retiradas limitam-se à informação obtida que contribuiu para o presente trabalho de investigação.

4.3.Orientações Para Futuras Investigações

Atendendo ao facto de neste estudo só terem sido recolhidos os relatórios do ano de 2013 referente aos Hospitais da Administração Regional de Saúde do Norte, sugere-se que o número da amostra seja alargado a todas as entidades da ACSS, assim como o aumento do período de análise.

Uma outra opção poderá ser a análise dos relatórios de auditoria interna e o cruzamento com o reporte efetuado pela auditoria externa, nomeadamente sobre as medidas e mecanismos adotados para o Sistema de Controlo Interno. Para tal poderia ser efetuada uma análise da relação com o cumprimento dos limites e objetivos

orçamentais, mais precisamente com a atribuição de penalizações pelo incumprimento dos mesmos.

Referências Bibliográficas

ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., (2012). “*Contrato-Programa 2013, Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos.*” Lisboa, Novembro de 2012.

ACSS (2011a) “*Manual do processo de contratualização - hospitais e ULS. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização.*” (<http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Manual%20Processo%20Contratualiza%C3%A7%C3%A3o.pdf>, consultado em Junho de 2015).

Almeida, Hélder Jaime, (1999), “*A unidade funcional de saúde – impacto nos barómetros do sistema de saúde portugueses*”. XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998. Escola Nacional de Saúde Publica, página 10-56.

Almeida, L. e Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios

Alves, Ana C. M. R. (2009) “*A evolução da Auditoria Interna após a Lei Sox – impactos indiretos no caso português*”. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Contabilidade no Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro. (<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3261/1/2010000577.pdf>, consultado em Novembro de 2013.)

Alveirinho, Francisco J. (2007) “*Sobre a aplicabilidade do Orçamento Base Zero (OBZ) às Autarquias Locais*”. Ano III, N.º 4/5, p. 237-242. (http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/352/1/Francisco%20Alveirinho_Gest%C3%A3o_Jan_2007.pdf, consultado em Junho 2015).

Amado, A. (2013). “*Prestação de contas nas autarquias locais (Regime completo do POCAL)*”. Coimbra, 11 de Março de 2013. Comissão de coordenação e desenvolvimento regional do centro.

(file:///C:/Users/Pena/Downloads/prest_contas_i_parte%20(2).pdf, consultado em Junho de 2015).

Antunes, E., Gonçalves, J., Santos, M., & Al., E. (2011). “*Contratualização em saúde - efetividade do sistema de incentivos. 8º Congresso Nacional Da Administração Pública*”. Brasil, 21-22 de novembro de 2011. Lisboa. (http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20_%20efectividade.pdf, consultado em Julho de 2015).

APDH, (2010). “*A Contratualização dos Serviços de Saúde em Portugal*”. Um Outro Olhar sobre o Hospital-Governança dos Recursos de Saúde: os Desafios e os Caminhos. Albufeira. (www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/apdh-pdf.aspx, consultado em Julho de 2015)

Araújo, Pedro L. S. (2013). “*O Controlo Interno nas Juntas de Freguesia*.” Dissertação para obtenção do grau de mestre em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade do Porto. (http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/2038/1/DM_PedroAra%C3%BAjo_2013.pdf, consultado em Outubro de 2014).

Baganha, M., I., Ribeiro, J. & Pires, S. (2002). “*O setor da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio - profissional*”. (<http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/Baganha%20-%20saude%20em%20portugal.pdf>, consultado a 29 de Junho de 2015).

Bernardes, Arménio F. (2003) “*Contabilidade Pública e Autárquica – POCP e POCAL*”. 2ª Edição: CEFA – Centro de Estudos e Formação Autárquica.

Bogdan, R., Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Brito, Jaqueline R. R. (2013). “*A Administração Financeira do Estado: A Gestão Orçamental em Cabo Verde, em perspetiva comparativa com Portugal*.”

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Contabilidade e Finanças, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. (<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24759/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Jaqueline%20Brito.pdf>, consultado a 2 de Julho de 2014)

Caiado A., Silveira O. & Fernandes M.J. (2007). “*Contabilidade Pública*.” Lisboa, Janeiro de 2007. Camara dos Técnicos Oficiais de Contas.

Campos, António C. (2007). “*Por um sistema de saúde mais eficiente*”. Cadernos de Economia, edição n.º 80, Julho/Setembro de 2007. (http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio_Correia_de_Campos.pdf, consultado em Agosto de 2015)

Campos, Claudinei J. G.(2004). “*Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*”. Brasília (<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>)

Carvalho, João Baptista C., Martinez, Vicente Pina e Pradas, Lourdes Torres. “*Temas de Contabilidade Pública*”. Rei dos Livros, Lisboa, 1999.

Carvalho, Rodrigo (2012/2013). “*Capítulo 1 - A Administração Pública*” (slides PowerPoint). Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (ISCAP).

COSO - *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*, (1992). “*Internal Control – Integrated Framework*”. New York, AICPA. (<http://www.coso.org/aboutus.htm>, consultado em Julho de 2015).

Costa, Carlos B. (2010). “*Auditoria Financeira: teoria e prática (9ª edição)*”. Lisboa: Letras e Conceitos, Lda.

Costa, Ana Maria de Sousa Costa Prata (2013). “*Controlo Interno na Administração Local - Implantação de um novo procedimento numa Autarquia*”. Trabalho de projeto apresentado para obtenção do grau de mestre em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. (http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5046/1/Ana_Maria_Costa_MA_2013.pdf , consultado em Dezembro de 2014).

Conceição, Sandra Maria Ferreira (2012). “*Estudo do controlo interno nas Instituições de Ensino Superior – contributo para a credibilidade da informação financeira*”. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. (http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1193/1/DM_SandraConcei%C3%A7%C3%A3o_2012.pdf, consultado em Outubro de 2014).

Diniz, Vera, C. A. (2013). “*A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico- Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses.*” Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Finanças, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Di Pietro, Maria Sylvia. Zanella. “*Direito administrativo*”. 25ª Edição. São Paulo: Atlas, 2012.

Duarte, Teresa. (2009). “*A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica)*”. CIES – Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. E -WORKING PAPER N.º 60/2009.

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, (1993). “*Lei nº 11/93*”. Ministério da Saúde.

ERS (2011). “*Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde*”. Lisboa.
(https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf, consultado em Junho de 2015).

Escoval, *et al.* (2007). “*Projeto de investigação inovação em políticas de saúde: O caso da contratualização em Portugal*”. ACSS. Lisboa.

Escoval, Ana M. S. (2003). “*Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português.*” Dissertação de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. (http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf, consultado em Maio de 2015).

Fachada, Francisco J. C. (2014). “*Sistema de Controlo Interno na Administração Central do Estado: o caso dos organismos do Ministério das Finanças.*” Dissertação para obtenção do grau de mestre em Gestão na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. (<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27499/5/Sistema%20de%20Controlo%20Interno%20na%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20Central%20do%20Estado.pdf>, consultado em Julho de 2015).

Figueiras, J., Robison, R. & Jakubowski, E. (2005). “*Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. I purchasing to improve health systems performance*”. EOHS, Open University Press.

Fortin, Marie - Fabienne, (1999), “*O processo de Investigação: da concepção à realização*”, 2ª Edição, Loures: Lusociência.

Franco, António S. (1995). “*Finanças Públicas e Direito Financeiro*”. Vol. I, 4ª edição – 2ª reimpressão, Almedina, Coimbra.

Franco, António L. Sousa (1992b). “*Finanças Públicas e Direito Financeiro*” Vol. I, 4.ª Edição, Coimbra, Almedina.

Franco MLPB. O que é análise de conteúdo. São Paulo: PUC; 1986.

Gil, A. (2008). “*Métodos e técnicas de pesquisa social*”. 6ª Edição, Edições Atlas. (<http://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>, consultado em Abril de 2014).

IFAC – *International Federation of Accountants* (2001). “*Governance in Public Sector: a governing body perspective*”. *International Public Sector Studies*, August. Study 13.

INTOSAI. (s.d.). Obtido de *International Organization of Supreme Audit Institutions*.

IIA – *The Institute of Internal Auditors* (2004). “*International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*”. *The Institute of Internal Auditors*. (<http://www.theiia.org>, consultado em Abril de 2015).

Júnior, Álvaro F. B. & Júnior, Nazir F. (2011). “*A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos*”. Evidência, Araxá. (<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/download/200/186>).

Marçal, N. & Marques, F. L. (2011). “*Manual de Auditoria e Controlo Interno no Sector Público*”. 1ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, J. M. (1997). “*Auditoria e Gestão*”. Lisboa: Editorial Presença.

Marques, Madeira (1999). “*Uma visão da auditoria interna*”. *Revista de Auditoria Interna* Número 1.

Martins, I. & Moraes, G.. (1999). “*Auditoria interna - função e processo*”. *Millenium*, 13 (<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/843/1/Auditoria%20interna.pdf>, consultado em Novembro de 2013).

Mendes, Carlos M. A., 2010. “*Projeto Odisseia - Implementação de Processo de Gestão de Riscos de Negócio no Grupo Portugal Telecom*”.

(http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/2358/1/PTE_CarlosMendes_2010.pdf, consultado em Abril de 2014).

Morais, Georgina. C.T. (2008). “*A Importância da Auditoria Interna para a gestão: Caso das Empresas Portuguesas*”. (<http://www.ccontabeis.com.br/18cbc/570.pdf>, consultado em Novembro de 2014).

Morais, G., & Martins, I. (2007). “*Auditoria Interna - Função e Processo*”. 3ª Edição, Lisboa: Áreas Editora.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). “*10/30 anos: razões para continuar*”. Relatório Primavera 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009. (http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf, consultado em Junho de 2015).

Oliveira, Helena M. M. R. (2008). “*O Supervisor Pedagógico enquanto Mediador entre o Aluno Estagiário e o Educador Acompanhante - O caso específico do estágio na Educação Pré-escolar*”. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Ciência da Educação na Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. (http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/775/4/17164_metodologia.pdf).

Ordem dos Advogados (2011). “*Parecer N° 7/PP/2010-G*” (http://www.oa.pt/Conteudos/Pareceres/detalhe_parecer.aspx?idc=1&idsc=158&ida=119279, consultado em Julho de 2015).

Paulo, A. (2010). “*SNS: Caracterização e Desafios*”. Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças e da Administração Pública, Dezembro de 2010. (<http://www.gpeari.min-financas.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/2010/dezembro-de-2010/artigos/artigo-9-sns-caracterizacao-e-desafios>, consultado em Junho de 2015).

Pascoal, T. M. R. & Ribeiro, J. H. V. (2001). “*Relatório de Gestão das Entidades Públicas e Privadas Portuguesas: Instrumento de Informação e de Controlo da Atividade*”. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra.(<http://www.intercostos.org/documentos/Trabajo222.pdf>, consultado em Julho de 2015).

Pinheiro, Catarina G. A. (2013). “*Acréscitar valor à organização com a Auditoria Interna*”. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. (http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1804/1/DM_CatarinaPinheiro_2013.pdf, consultado em Abril de 2014.)

Rocha, Ana P. M. (2013). “*O Sistema de Controlo Interno nas Instituições de Ensino Superior Estudo de Caso*”. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. (http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3188/1/DM_AnaRocha_2013.pdf, consultado em Outubro de 2014.

Pinheiro, Juliano Lima. “*Mercado de capitais: fundamentos e técnicas*”. São Paulo: Atlas, 2005.

Pinto, A. C., Santos, P. G. & Melo, T. J. (2013). “*Gestão Orçamental & Contabilidade Pública*”. Cacém – Maio 2013: ATF – Edições Técnicas.

Salgado, V. M.S. (2009). “*A Orçamentação por programas e a boa gestão*”. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Administração e Políticas Públicas, Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia. (<https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1887/1/V%C3%ADtorSSalgado-TP-09.pdf>, consultado em Julho de 2014).

Santos, Aristeu Jorge (2001). “*Orçamento público e os municípios: alguns conceitos de orçamento e suas repercussões na administração pública municipal*”. Porto

Alegre. Edição 22, vol. 7, n. 4. (<http://hdl.handle.net/10183/19441>, consultado em Janeiro de 2014).

Silva, A. M. (2000). “*Auditoria do Management Público*”. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Silva, Daniela A. B. (2011). “*A Gestão Orçamental nos Serviços e Fundos Autónomos – a FCTUC - Relatório de Estágio Núcleo de Gestão Orçamental e Conta*”. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. (<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17756>, consultado em Julho de 2014).

Simões, M. (2010). “*Relatório de Estágio no Núcleo de Gestão Orçamental e Conta*”. Faculdade e Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. (<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14613/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>, consultado em Julho de 2014).

TC (1999). “*Manual de Auditoria e Procedimentos do Tribunal de Contas*”. Lisboa.

TC (2013). “*Relatório de Auditoria n.º 24/2013 – 2ª Secção*”. (http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtrc-rel024-2013-2s.pdf, consultado em Julho de 2015).

Teixeira, M. (2006). “*Contributo da auditoria interna para uma gestão eficaz*.” Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Auditoria, Universidade Aberta de Coimbra. (https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/581/1/TMCA_Maria%20deFatimaTeixeira.pdf, consultado em Julho de 2015).

Teixeira, Vânia M. P. (2012). “*Impacto da Auditoria Interna na Externa – Óptica do Auditor Externo*”. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Contabilidade – Ramo Fiscalidade no Instituto Superior de Contabilidade e Administração, da

Universidade de Aveiro. (<http://www.otoc.pt/news/comcontabaudit/pdf/77.pdf>, consultado em Abril de 2014).

Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vieira, Rui (2009) "Paradigmas teóricos da investigação em contabilidade" in Major, Maria; Vieira, Rui (eds) *Contabilidade e controlo de gestão*. Lisboa: Escolar Editora. Yin, Robert K. (1995). *“Case study research: designand methods. 2ed, London: SAGE”*.

Yin, R. K. (2003). *“Case study research: Designand methods. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage”*.

Legislação

Lei n.º 1/2005, de 12 Agosto, Constituição da República Portuguesa.

Decreto de Lei n.º 155/92, de 28 Julho, Regime de Administração Financeira do Estado.

Decreto de Lei n.º 171/94, de 24 de Junho, Aprovação do novo esquema da classificação funcional das despesas públicas.

Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto – Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

Decreto-Lei n.º 166/98 de 25 de Junho, que instituiu o Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado.

Lei n.º 91/2001. D.R. n.º 192, Série I-A de 2001-08-20, Lei de Enquadramento Orçamental, Assembleia da República.

Decreto de Lei nº 26/2002, de 14 de Fevereiro, Aprovação dos códigos de classificação económica das receitas e despesas públicas.

Diretriz de Revisão/Auditoria nº 410, Controlo Interno. Manual do Revisor Oficial de Contas, Maio de 2000.

ISA 610 (2009), *International Standards on Auditing*. “ *Usar o trabalho de auditores internos*”. Manual do Revisor Oficial de Contas, v1.00.04, edição de digilex.

Diretriz de Revisão/Auditoria 410 Controlo Interno (2000). Manual do Revisor Oficial de Contas, Maio de 2000.

Diretriz de Revisão/Auditoria 870 Serviços e Fundos Autónomos (2004) Manual do Revisor Oficial de Contas, Maio de 2004.

Portaria n.º 898/2000, (2.ª série), de 28 de Setembro – Aprova o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS).

Webgrafia

[Http://www.otoc.pt/downloads/files/formacao/1172489089_ctoc-apresentacaocontabilidadepublica.pdf](http://www.otoc.pt/downloads/files/formacao/1172489089_ctoc-apresentacaocontabilidadepublica.pdf), consultado em Agosto de 2014.

[Http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/o-que-e-o-sector-empresarial-do-estado-see-#sthash.t1rDM9FR.dpuf](http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/o-que-e-o-sector-empresarial-do-estado-see-#sthash.t1rDM9FR.dpuf), consultado em Agosto de 2014.

[Http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=a5de6f93-bfb3-4bfc-87a2-4a7292719839](http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=a5de6f93-bfb3-4bfc-87a2-4a7292719839), consultado em Agosto de 2014.

[Http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/POCMS%20FINAL%20para%20impress%C3%A3o%2005-02-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/POCMS%20FINAL%20para%20impress%C3%A3o%2005-02-2015.pdf), consultado em Julho de 2015.

[Http://www.infocontab.com.pt/download/revinfocontab/2006/02/CLC.pdf](http://www.infocontab.com.pt/download/revinfocontab/2006/02/CLC.pdf), consultado em Maio de 2015.

[Http://www.iiabrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf](http://www.iiabrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf), consultado em 1 de Agosto de 2015.

[Http://ojpeao.blogs.sapo.mz/1502.html](http://ojpeao.blogs.sapo.mz/1502.html), consultado a 2 de Janeiro de 2014.

ANEXOS

GUIÃO DE ENTREVISTA AO VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE

O presente guião foi estruturado no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Auditoria do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, cujo objetivo é verificar como se desdobra todo o processo de Orçamentação Pública, mas direcionado para área da saúde.

1. Quais são os pressupostos para a elaboração do orçamento anual para a ACSS?
2. Quais são os critérios de distribuição do orçamento da ACSS pela ARS Norte?
3. Existe acompanhamento da execução orçamental? Em caso afirmativo, qual ou quais os órgãos ou departamentos que são responsáveis por esse acompanhamento ou supervisão?
4. Descreva qual o processo inerente ao controlo da execução orçamental?
No início do ano os diversos serviços da ARS Norte, onde tem origem procedimentos de despesa, têm conhecimento do orçamento que lhes é atribuído.
5. Anualmente a ARS Norte assume a concretização de determinados objetivos. Supondo a existência de uma redução orçamental, descreva qual o impacto dessa redução na execução dos objetivos determinados.
6. Regra geral, as organizações criam controlos, para o cumprimento de determinadas imposições legais. Quais os controlos implementados na ARS Norte?
7. Em que consiste o modo de avaliação aos controlos efetuados pela ARS Norte?
8. Sendo uma entidade pública, existe obrigatoriedade de publicação (pública ou privada) dos relatórios internos de auditoria? Em caso afirmativo, a ARS Norte elabora esses relatórios?
9. Enumere quais as entidades a que se destinam esses relatórios.
10. De que forma o público em geral acede a esses relatórios?
11. Assumindo que existem penalizações pelo não cumprimento orçamental. Qual é a entidade que é responsável pela aplicação de tais penalizações?
12. Enumere quais os documentos legais que definem essas penalizações.
13. Sendo a ACSS um organismo regulador da ARS Norte, é também responsável pela atribuição de penalizações?

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS

Solicitação

Caixa de entrada x



Secretariado Administração <secdir@ipoporto.min-saude.pt>
para mim ▾

18/03 ★



Exma. Senhora

Cumpre-me informar que de momento, não é possível facultar os documentos solicitados.

Cumprimentos,

Marilisa Silva

Secretária do CA

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

R. Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 Porto - Portugal

Tel. 351 225084000



De: Carina Soares [<mailto:carinasoares31@gmail.com>]

Enviada: terça-feira, 17 de Março de 2015 12:10

Para: Direção do IPOP; gabinetedecomunicacao@ipoporto.min-saude.pt

Assunto: Solicitação

Exmº. Sr. Dr. Presidente do Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE (IPO-Porto)

Com os melhores cumprimentos, sou aluna do Mestrado de Auditoria do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (ISCAP), encontro-me na fase final da realização da dissertação, cujo tema incide sobre "O Cumprimento do Contrato-Programa no Sector da Saúde".

Deste modo, venho solicitar V/Exmª. a possibilidade de análise dos seguintes documentos:

- Relatório de Contas 2013

- Certificação Legal de Contas 2013

Mais informo que relativamente as outras unidades hospitalares, foi possível retirar os referidos documentos da plataforma da Internet, faltando apenas o relatório da V/Unidade Hospitalar para a

Aguardo a sua resposta,

Com os melhores cumprimentos,

Carina Soares

Linha Saúde 24 – 808 24 24 24

Declaração de Confidencialidade: Esta mensagem destina-se exclusivamente ao(s) destinatário(s) a quem foi enviada e pode conter informação confidencial ou de uso restrito. Se não for um dos destinatários, por favor responda ao remetente da mesma, informando-o, e apague-a do seu sistema. Qualquer utilização não autorizada da informação contida nesta mensagem é proibida, pelo que não poderá revelar, copiar, distribuir ou tirar partido desta informação. Gratos pela sua colaboração.

Confidentiality Note: This message is intended only for the use of the named recipient(s) and may contain confidential and/or proprietary information. If you are not the intended recipient, please contact the sender and delete this message. Any distribution or copying without our prior permission is prohibited.

Antes de imprimir este e-mail pense bem se é necessário. O Meio Ambiente é da responsabilidade de todos.

Before you print this email, think if it's really necessary. The environment is everybody's responsibility.

TABELA DE DADOS DA ANÁLISE

PONTOS EM ANÁLISE		INDICADOR ES	C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.	C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E
1.1	É publicado o relatório de gestão ou relatório de contas ou relatório de gestão, referente ao ano de 2013, na pagina da Internet.	Sim/Não	SIM	SIM
1.2	Relatório de Gestão?	Sim/Não	SIM	SIM
2.1	Dispõe de um capítulo referente ao cumprimentos do CP no referido relatório.	Sim/Não	SIM	NÃO
2.2	Ou é mencionada informação relativa ao tema num outro capítulo	Sim/Não	SIM	SIM
2.2.1	Qual?		MOVIMENTO ASSISTENCIAL	ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DESENVOLVIDA
			DESEMPENHO E EVOLUÇÃO ECONÓMICA-FINANCEIRA	ANÁLISE ECONÓMICA E FINANCEIRA
3.1	Menciona o Valor total orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM
3.2	Qual o Montante	€	20.450.567,03€	70,5 MILHOES
3.3	Comparação face ao ano anterior - 2012		-12,60%	5%
4	Quanto aos objetivos de Qualidade e eficiência estabelecidos no CP			
4.1	São Mencionados os Objetivos Nacionais	Sim/Não	SIM	SIM
4.1.1	Taxa de Cumprimento	%	NÃO MENCIONA	106,73%
4.2	São Mencionados os Objetivos Regionais	Sim/Não	SIM	SIM
4.2.1	Taxa de Cumprimento	%	NÃO MENCIONA	93,75%
4.3	São Mencionadas as Metas do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	SIM	SIM
4.4	São Mencionadas as execução efetiva do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	SIM	SIM
4.5	É Mencionado o Índice de Desempenho Global	Sim/Não	SIM	SIM
4.5.1	Qual é o Valor	%	78,30%	101,20%
5.1	São Mencionadas Justificações para a Não consecução das mestas estabelecidas ou orçamentadas	Sim/Não	SIM	SIM
5.2	Quais as rubricas "afetadas"/mencionadas?	Categorias	DIVIDA	
			EBITDA	
5.3	Qual Justificação	Categorias	REDUÇÃO PREÇO/ICM DO CONTRATO-PROGRAMA	SUBIDA DE PREÇOS DE PAGAMENTO GDH MÉDICOS
			ADIANTAMENTO PAGAMENTO SALÁRIOS	DESCIDA DE LINHAS DE PRODUÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA (DESCIDA PREÇOS)
6	Qual o Montante Faturados a ACSS no âmbito do CP	€	NÃO MENCIONA	NÃO MENCIONA
7.1	É mencionado o incentivo esperado/orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM
7.2	Qual é o Valor	€	1,022,528,00€	NÃO MENCIONA

7.2.1	Em que rubrica das Demonstrações Financeiras	Categorias	NÃO MENCIONA	OUTRAS PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS
7.2	É mencionado o incentivo atribuído no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM
7.4	Qual é o Valor	€	800,347,00€	3,835,581€
8.	Prestação de Serviços			
8.1	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado pelo Hospital	Sim/Não	SIM	SIM
8.1.1	Qual o Valor	€	19,866,724€	74,178,091€
8.1.2	Qual o montante orçamentado?	€	21,296,767,00€	77,085,401,81€
8.1.3	Taxa execução orçamental	%	6,70%	NÃO MENCIONA
8.2	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado a ACSS	Sim/Não	SIM	SIM
8.2.1	Qual o Valor	€	18,882,924,10€	70,490,759,00€
8.3	É mencionado o total de PS às entidades não SNS?	Sim/Não	SIM	SIM
8.3.1	Qual o Valor	€	983,800,35€	3,687,332,00€
9	A CLC está anexa ao relatório	Sim/Não	SIM	SIM
9.1	Existem Reservas ou ênfases relacionadas com o tema?	Sim/Não	APESAR DE ESTAR NI INDICE NÃO É DISPONIBILIZADO NO PDF NA INTERNET	SIM
9.1.1	Quais principais tópicos/processos/atividades mencionados?	Categorias	-	ACRÉSCIMO DE PROVEITOS DE RAPPEL A RECEBER POR CONFIRMAR
10.1	Existe alguma menção a penalizações atribuídas pela ACSS ou pela ARSN no âmbito do CP (Penalizações estabelecidas no CP2013)	Sim/Não	NÃO	NÃO
10.2	Motivo?	Categorias	-	-
10.3	Montante total?	€	-	-
11.1	Existe alguma menção a não faturação da totalidade do CP	Sim/Não	NÃO	SIM
11.2	Motivo	Categorias	-	IMPOSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DOENTES SNS
				RIGIDEZ SEGMENTAÇÃO DAS LINHAS DE PRODUÇÃO
				ANULAÇÃO DE FATURAÇÃO À ACSS
				FATURAÇÃO A COMPANHIAS DE SEGUROS
11.3	Montantes Totais	€	-	-
12.1.1	São mencionados princípios de CI no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM - ATRAVES DO PLANO DE AI QUE SEGUE RECOMEND DO GRUPO DO SCI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	SIM - NA PAG INSTITUCIONAL DISPONIB MESMO O PLANO
12.1.2	Em qual?		RELATORIO DE GESTÃO	RG - REMETE P/ RELAT GOV SOCIETARIO (S/ ACESSO)
12.2	É mencionado a existência de um Manual de Boas Práticas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	NÃO MENCIONA	SIM - Grelha de validação das boas práticas de governo societário
12.3	É mencionado a existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM - NA PAG INSTITUCIONAL DISPONIB MESMO O PLANO
12.4	É mencionado a existência de um Auditor Interno no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM - NO REGULAM. INTERNO

PONTOS EM ANÁLISE		INDICADORES	C. H. Alto Ave, E.P.E	C. H. Médio Ave, E.P.E.	C. H. Porto, E.P.E.
1.1	É publicado o relatório de gestão ou relatório de contas ou relatório de gestão, referente ao ano de 2013, na página da Internet.	Sim/Não	SIM		SIM
1.2	Relatório de Gestão?	Sim/Não	SIM		SIM
2.1	Dispõe de um capítulo referente ao cumprimento do CP no referido relatório.	Sim/Não	SIM		SIM
2.2	Ou é mencionada informação relativa ao tema num outro capítulo	Sim/Não	SIM		SIM
2.2.1	Qual?		TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS		DESEMPENHO ECONÓMICO E EXECUÇÃO ORÇAMENTAL
			CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS		
3.1	Menciona o Valor total orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM		NÃO
3.2	Qual o Montante	€	67.067.233,00 €		225,000,000€
3.3	Comparação face ao ano anterior - 2012		-		-
4	Quanto aos objetivos de Qualidade e eficiência estabelecidos no CP				
4.1	São Mencionados os Objetivos Nacionais	Sim/Não	SIM		SIM
4.1.1	Taxa de Cumprimento	%	85%		80,33%
4.2	São Mencionados os Objetivos Regionais	Sim/Não	SIM		SIM
4.2.1	Taxa de Cumprimento	%	41,70%		91,25%
4.3	São Mencionadas as Metas do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	NÃO		SIM
4.4	São Mencionadas as execução efetiva do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	SIM		SIM
4.5	É Mencionado o Índice de Desempenho Global	Sim/Não	SIM		SIM
4.5.1	Qual é o Valor	%	67,70%		85%
5.1	São Mencionadas Justificações para a Não consecução das metas estabelecidas ou orçamentadas	Sim/Não	SIM		SIM
5.2	Quais as rubricas "afetadas"/mencionadas?	Categorias	TEMPO MÁX. ESPERA P/ CONSULTA CIRURGIA		EBITDA
5.3	Qual Justificação	Categorias	-		QUEBRA PREÇOS DO CONTRATO PROGRAMA 2013
					ACTUALIZAÇÃO DO ICM
					ACORDÃO 187/2013 DO TRIBUNAL DE CONTAS
6	Qual o Montante Faturados a ACSS no âmbito do CP	€	72.081.762 €		NÃO MENCIONA
7.1	É mencionado o incentivo esperado/orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM		SIM
7.2	Qual é o Valor	€	3,591,743,80€		11,250,000€
7.2.1	Em que rubrica das Demonstrações Financeiras	Categorias	NÃO MENCIONA		OUTRAS PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS
7.2	É mencionado o incentivo atribuído no âmbito do CP	Sim/Não	SIM		SIM
7.4	Qual é o Valor	€	2,431,610,60€		9,5 MILHÕES €
8.	Prestação de Serviços				

8.1	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado pelo Hospital	Sim/Não	SIM		SIM
8.1.1	Qual o Valor	€	72,081,762€		229,846,173€
8.1.2	Qual o montante orçamentado?	€	67,067,233€		226,348,744€
8.1.3	Taxa execução orçamental	%	NÃO MENCIONA		101,50%
8.2	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado a ACSS	Sim/Não	SIM		NÃO
8.2.1	Qual o Valor	€	68,225,196€		-
8.3	É mencionado o total de PS às entidades não SNS?	Sim/Não	SIM		NÃO
8.3.1	Qual o Valor	€	3,856,565€		-
9	A CLC está anexa ao relatório	Sim/Não	SIM		SIM
9.1	Existem Reservas ou ênfases relacionadas com o tema?	Sim/Não	SIM		SIM
9.1.1	Quais principais tópicos/processos/atividades mencionados?	Categorias	PROVEITOS DO CONTRATO PROGRAMA (2013/2015)		CONSTRUÇÃO DE SALDOS
			PAGAMENTOS NO PERÍODO COMPLEMENTAR		
			NÃO CONFIRMAÇÃO DE SALDOS DE CONTAS CORRENTES		
10.1	Existe alguma menção a penalizações atribuídas pela ACSS ou pela ARSN no âmbito do CP (Penalizações estabelecidas no CP2013)	Sim/Não	NÃO		NÃO
10.2	Motivo?	Categorias	-		-
10.3	Montante total?	€	-		-
11.1	Existe alguma menção a não faturação da totalidade do CP	Sim/Não	SIM		SIM
11.2	Motivo	Categorias	AUSÊNCIA DE REGISTOS DE PROCEDIMENTOS		FALTA DE ORIENTAÇÃO PARA FATURAÇÃO
			CODIFICAÇÃO NÃO CONCLUÍDA		
11.3	Montantes Totais	€	-		63,1 MILHÕES €
12.1.1	São mencionados princípios de CI no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM		NÃO
12.1.2	Em qual?		RC/RG		CUMPRIMENTO DOS PRINCÍPIOS DE BOM GOVERNO
12.2	É mencionado a existência de um Manual de Boas Práticas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM		SIM - Manual de proced. Admin. E contab.
12.3	É mencionado a existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM		NÃO MENCIONA
12.4	É mencionado a existência de um Auditor Interno no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM		NÃO - 2013 aguardam autorização para contratar 2 técnicos e criar dep. de AI

PONTOS EM ANÁLISE		INDICADORES	C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.	C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
1.1	É publicado o relatório de gestão ou relatório de contas ou relatório de gestão, referente ao ano de 2013, na pagina da Internet.	Sim/Não	SIM	SIM
1.2	Relatório de Gestão?	Sim/Não	SIM	SIM
2.1	Dispõe de um capítulo referente ao cumprimentos do CP no referido relatório.	Sim/Não	SIM	NÃO
2.2	Ou é mencionada informação relativa ao tema num outro capítulo	Sim/Não	SIM	SIM
2.2.1	Qual?		GRAU DE CUMPRIMENTO DAS ORIENTAÇÕES LEGAIS	ACTIVIDADE GLOBAL EM 2013
3.1	Menciona o Valor total orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	NÃO
3.2	Qual o Montante	€	72,046,408,94€	NÃO
3.3	Comparação face ao ano anterior - 2012		-	reduzido em cerca de 6M€ (-5,9%)
4	Quanto aos objetivos de Qualidade e eficiência estabelecidos no CP			
4.1	São Mencionados os Objetivos Nacionais	Sim/Não	SIM	NÃO
4.1.1	Taxa de Cumprimento	%	86,67%	-
4.2	São Mencionados os Objetivos Regionais	Sim/Não	SIM	NÃO
4.2.1	Taxa de Cumprimento	%	60%	-
4.3	São Mencionadas as Metas do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	SIM	NÃO
4.4	São Mencionadas as execução efetiva do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	SIM	NÃO
4.5	É Mencionado o Índice de Desempenho Global	Sim/Não	SIM	NÃO
4.5.1	Qual é o Valor	%	76%	-
5.1	São Mencionadas Justificações para a Não consecução das mestas estabelecidas ou orçamentadas	Sim/Não	SIM	SIM
5.2	Quais as rubricas "afetadas"/mencionadas?	Categorias	ACTIVIDADE CIRURGICA	VOLUME PRODUÇÃO
				INCUMPRIMENTO PROVEITOS OPERACIONAIS
				CIRURGIA DE AMBULATORIO
5.3	Qual Justificação	Categorias	DIMINUIÇÃO PREÇOS NAS LINHAS DE PRODUÇÃO	DESCIDA SIGNIFICATIVA PREÇOS DE PRODUÇÃO
			DIMINUIÇÃO PREÇO FINAL DA PRODUÇÃO CIRURGICA	REDUÇÃO DE CUSTOS
6	Qual o Montante Faturados a ACSS no âmbito do CP	€	69,636,233€	NÃO MENCIONA
7.1	É mencionado o incentivo esperado/orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	NÃO
7.2	Qual é o Valor	€	3,602,320,45€	-
7.2.1	Em que rubrica das Demonstrações Financeiras	Categorias	OUTRAS PRESTAÇÕES DE SAÚDE	-
7.2	É mencionado o incentivo atribuído no âmbito do	Sim/Não	SIM	NÃO

	CP			
7.4	Qual é o Valor	€	2,737,805,14€	-
8.	Prestação de Serviços			
8.1	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado pelo Hospital	Sim/Não	SIM	SIM
8.1.1	Qual o Valor	€	72,546,404,34€	99,988,078€
8.1.2	Qual o montante orçamentado?	€	72,497,906,12€	108,226,965,32€
8.1.3	Taxa execução orçamental	%	NÃO MENCIONA	92,40%
8.2	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado a ACSS	Sim/Não	SIM	SIM
8.2.1	Qual o Valor	€	69,636,233€	92,002,761€
8.3	É mencionado o total de PS às entidades não SNS?	Sim/Não	SIM	SIM
8.3.1	Qual o Valor	€	2,910,171€	7,985,316€
9	A CLC está anexa ao relatório	Sim/Não	NÃO	SIM
9.1	Existem Reservas ou ênfases relacionadas com o tema?	Sim/Não	-	SIM
9.1.1	Quais principais tópicos/processos/atividades mencionados?	Categorias	-	FALTA DE CONCILIAÇÃO DE SALDOS COM ENTIDADES DO SNS
10.1	Existe alguma menção a penalizações atribuídas pela ACSS ou pela ARSN no âmbito do CP (Penalizações estabelecidas no CP2013)	Sim/Não	NÃO	NÃO
10.2	Motivo?	Categorias	-	-
10.3	Montante total?	€	-	-
11.1	Existe alguma menção a não faturação da totalidade do CP	Sim/Não	SIM	NÃO
11.2	Motivo	Categorias	NÃO MENCIONA	-
11.3	Montantes Totais	€	8,781,318€	-
12.1.1	São mencionados princípios de CI no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM- EXISTE MODELO DE CI (COMPONENTES - GR, AI, MANUAL DE PROC.)	SIM - RG E RGV
12.1.2	Em qual?		RELATORIO DO GOVERNO SOCIETARIO	RG E RGS
12.2	É mencionado a existência de um Manual de Boas Práticas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM - Manual de proced. Admin. E contab.	NÃO MENCIONA
12.3	É mencionado a existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM -DIVULGADO NO SITE INSTITUCIONAL
12.4	É mencionado a existência de um Auditor Interno no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM - DIVULGADO NO RELAT. GOV. SOC.

PONTOS EM ANÁLISE		INDICADORES	C. H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	H. Magalhães Lemos, E.P.E.
1.1	É publicado o relatório de gestão ou relatório de contas ou relatório de gestão, referente ao ano de 2013, na pagina da Internet.	Sim/Não	SIM	SIM
1.2	Relatório de Gestão?	Sim/Não	SIM	SIM
2.1	Dispõe de um capítulo referente ao cumprimentos do CP no referido relatório.	Sim/Não	SIM	SIM
2.2	Ou é mencionada informação relativa ao tema num outro capítulo	Sim/Não	SIM	SIM
2.2.1	Qual?		PERFORMANCE ECONÓMICA-FINANCEIRA	ANÁLISE ECONÓMICA E FINANCEIRA
			ACTIVIDADE ASSISTÊNCIAL	
3.1	Menciona o Valor total orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM
3.2	Qual o Montante	€	149,089,907€	14,620,386,42€
3.3	Comparação face ao ano anterior - 2012		-	
4	Quanto aos objetivos de Qualidade e eficiência estabelecidos no CP			
4.1	São Mencionados os Objetivos Nacionais	Sim/Não	SIM	SIM
4.1.1	Taxa de Cumprimento	%	105%	-
4.2	São Mencionados os Objetivos Regionais	Sim/Não	SIM	SIM
4.2.1	Taxa de Cumprimento	%	80%	-
4.3	São Mencionadas as Metas do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	NÃO	SIM
4.4	São Mencionadas as execução efetiva do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	NÃO	SIM
4.5	É Mencionado o Índice de Desempenho Global	Sim/Não	SIM	SIM
4.5.1	Qual é o Valor	%	95,60%	76,90%
5.1	São Mencionadas Justificações para a Não consecução das mestas estabelecidas ou orçamentadas	Sim/Não	SIM	SIM
5.2	Quais as rubricas "afetadas"/mencionadas?	Categorias	FATURAÇÃO/ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	PROVEITOS
5.3	Qual Justificação	Categorias	DECRESCIMO PREÇOS UNITÁRIOS	DIMINUIÇÃO DOS PREÇOS DO CONTRATO PROGRAMA 2013
6	Qual o Montante Faturados a ACSS no âmbito do CP	€	148,753,079€	14,189,365,46€
7.1	É mencionado o incentivo esperado/orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM
7.2	Qual é o Valor	€	7,454,495€	731,019,32€
7.2.1	Em que rubrica das Demonstrações Financeiras	Categorias	-	-
7.2	É mencionado o incentivo atribuído no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM
7.4	Qual é o Valor	€	7,126,784€	539,644,88€
8.	Prestação de Serviços			
8.1	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado pelo Hospital	Sim/Não	SIM	SIM
8.1.1	Qual o Valor	€	157,886,546€	14,296,842,86€
8.1.2	Qual o montante orçamentado?	€	155,125,070€	17,558,717,67€
8.1.3	Taxa execução orçamental	%	101,78 €	81,42%
8.2	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado a ACSS	Sim/Não	SIM	SIM
8.2.1	Qual o Valor	€	148,759,078,99€	14,189,391,09€

8.3	É mencionado o total de PS às entidades não SNS?	Sim/Não	SIM	SIM
8.3.1	Qual o Valor	€	9,133,467,17€	107,451,77€
9	A CLC está anexa ao relatório	Sim/Não	SIM	SIM
9.1	Existem Reservas ou ênfases relacionadas com o tema?	Sim/Não	SIM	NÃO
9.1.1	Quais principais tópicos/processos/atividades mencionados?	Categorias	PROCESSO DE FATURAÇÃO DE COMPRA NÃO FOI TOTALMENTE ADAPTADO	
			RESERVA DA CLC 2012 DEIXADE TER APLICAÇÃO	
10.1	Existe alguma menção a penalizações atribuídas pela ACSS ou pela ARSN no âmbito do CP (Penalizações estabelecidas no CP2013)	Sim/Não	NÃO	NÃO
10.2	Motivo?	Categorias	-	-
10.3	Montante total?	€	-	-
11.1	Existe alguma menção a não faturação da totalidade do CP	Sim/Não	SIM	SIM
11.2	Motivo	Categorias	PROGRAMA DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA ARSN NÃO FORAM OBJECTO DE FATURAÇÃO - POR FALTA DE ORIENTAÇÕES À DATA FECHO 2012	METODOLOGIA FIXADA PELA ACSS
			O hospital terminou o ano de 2013 com atividade por faturar (pag50)	ESPECIALIZAÇÃO SERVIÇOS EM DEZEMBRO
11.3	Montantes Totais	€	1,6 MILHÕES €	2,119,484,69€
12.1.1	São mencionados princípios de CI no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM
12.1.2	Em qual?		RGESTAO	RGESTAO
12.2	É mencionado a existência de um Manual de Boas Práticas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM - PROCED. ADMIN. E CONTAB. (MECANISMOS PARA MITIGAR O RISCO)	SIM - INTEGRADO NO PPRCIC
12.3	É mencionado a existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM
12.4	É mencionado a existência de um Auditor Interno no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM	SIM

PONTOS EM ANÁLISE		INDICADOR ES	H. Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos	H. S. João, E.P.E.	H. de Braga	IPO Francisco Gentil, E.P.E.
1.1	É publicado o relatório de gestão ou relatório de contas ou relatório de gestão, referente ao ano de 2013, na pagina da Internet.	Sim/Não	SIM	SIM		
1.2	Relatório de Gestão?	Sim/Não	SIM	SIM		
2.1	Dispõe de um capítulo referente ao cumprimentos do CP no referido relatório.	Sim/Não	NÃO	SIM		
2.2	Ou é mencionada informação relativa ao tema num outro capítulo	Sim/Não	SIM	SIM		
2.2.1	Qual?		CUMPRIMENTO DAS ORIENTAÇÕES LEGAIS	ANÁLISE ECONÓMICA / RELATÓRIO GESTÃO		
			OBJECTIVOS DE GESTÃO	ACTIVIDADE ASSISTENCIAL		
3.1	Menciona o Valor total orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	NÃO		
3.2	Qual o Montante	€	20,421,410,15€	-		
3.3	Comparação face ao ano anterior - 2012		-3,40%			
4	Quanto aos objetivos de Qualidade e eficiência estabelecidos no CP					
4.1	São Mencionados os Objetivos Nacionais	Sim/Não	SIM	SIM		
4.1.1	Taxa de Cumprimento	%		101,17%		
4.2	São Mencionados os Objetivos Regionais	Sim/Não	SIM	SIM		
4.2.1	Taxa de Cumprimento	%		91,25%		
4.3	São Mencionadas as Metas do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	SIM	SIM		
4.4	São Mencionadas as execução efetiva do CP relativas a cada objetivo?	Sim/Não	NÃO	SIM		
4.5	É Mencionado o Índice de Desempenho Global	Sim/Não	NÃO	SIM		
4.5.1	Qual é o Valor	%	-	97,20%		
5.1	São Mencionadas Justificações para a Não consecução das mestas estabelecidas ou orçamentadas	Sim/Não	NÃO	SIM		
5.2	Quais as rubricas "afetadas"/mencionadas?	Categorias	-	PROTESES; DIAS INTERNAMENTO; UN SOCIO- OCUPACIONAIS; Nº DOENTES C HEPATITE		
				CIRURGIA CIRURGICA		
				Nº CONSULTAS DE HIPOCOAGULAÇÃ O		
5.3	Qual Justificação	Categorias	.	ALTERAÇÃO METODOS		
				ENCERRAMENTO CAMAS		
				DIFICULDADES LOGISTICAS		
				NÃO INTRODUÇÃO DE CERTOS MEDICAMENTOS NO MERCADO		
6	Qual o Montante Faturados a ACSS no âmbito do CP	€	NÃO MENCIONA	31,014,409,39€		
7.1	É mencionado o incentivo esperado/orçamentado no âmbito do CP	Sim/Não	NÃO	NÃO		
7.2	Qual é o Valor	€	-	-		
7.2.1	Em que rubrica das Demonstrações Financeiras	Categorias	-	-		

7.2	É mencionado o incentivo atribuído no âmbito do CP	Sim/Não	SIM	SIM		
7.4	Qual é o Valor	€	764,596,23€	14,6 MILHOES €		
8.	Prestação de Serviços					
8.1	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado pelo Hospital	Sim/Não	SIM	SIM		
8.1.1	Qual o Valor	€	18,818,131,29€	295,725,327,19€		
8.1.2	Qual o montante orçamentado?	€	21,002,653,87€	308,262,736,9€		
8.1.3	Taxa execução orçamental	%	-	95,93%		
8.2	É mencionado o total de Prestações de Serviços faturado a ACSS	Sim/Não	SIM	NÃO		
8.2.1	Qual o Valor	€	18,007,882,28€	-		
8.3	É mencionado o total de PS às entidades não SNS?	Sim/Não	SIM	NÃO		
8.3.1	Qual o Valor	€	810,248,01€	-		
9	A CLC está anexa ao relatório	Sim/Não	SIM	SIM		
9.1	Existem Reservas ou ênfases relacionadas com o tema?	Sim/Não	SIM	SIM		
9.1.1	Quais principais tópicos/processos/atividades mencionados?	Categorias	CONFIRMAÇÃO DE SALDOS	ADIANTAMENTOS DO CONTRATO PROGRAMA		
				ALTERAÇÕES OCORRIDAS NO SISTEMA DE FATURAÇÃO		
10.1	Existe alguma menção a penalizações atribuídas pela ACSS ou pela ARSN no âmbito do CP (Penalizações estabelecidas no CP2013)	Sim/Não	NÃO	NÃO		
10.2	Motivo?	Categorias	-	-		
10.3	Montante total?	€	-	-		
11.1	Existe alguma menção a não faturação da totalidade do CP	Sim/Não	NÃO	SIM		
11.2	Motivo	Categorias	-	DEMORA NO FORNECIMENTO INFORMAÇÃO DE FATURAÇÃO		
11.3	Montantes Totais	€	-	289,954,286,68€		
12.1.1	São mencionados princípios de CI no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM - DIVULGADO NO REG INTERNO	SIM		
12.1.2	Em qual?			RG - REMETE PARA RELAT. GOV. SOCIETARIO		
12.2	É mencionado a existência de um Manual de Boas Práticas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	NÃO MENCIONA	NÃO MENCIONA - MAS REFERE IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRATICAS EM CERTAS AREAS		
12.3	É mencionado a existência de um Plano Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM - DIVULGADO NO PRINCIPIO DE BOM GOVERNO - SITE	SIM		
12.4	É mencionado a existência de um Auditor Interno no Relatório de contas, ou em outro documento disponibilizado?	Sim/Não	SIM - REG INTERNO	SIM		